Juan Carlos Martínez Bernal

2 PROGRAMAS PENITENCIARIOS EN DROGADICCIONES

UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y TÚ PUEDES VIVIR MEJOR

Derechos Reservados en Safe Creative

No. De Registro S.C.: 2512294144448

Publicación independiente

Versión kindle, diciembre 2025

Cómo citar este libro:

Martínez-Bernal, Juan Carlos (2025). “2 programas penitenciarios en drogadicciones. Una comunidad terapéutica y tú puedes vivir mejor”. Publicación independiente. Recuperado de Kindle

Aviso legal y descargo de responsabilidad sobre este libro

La presente obra es una publicación original e independiente, elaborada por su autor y colaboradores a título estrictamente personal y académico. Las opiniones, análisis, reflexiones, interpretaciones y conclusiones contenidas en este libro son responsabilidad exclusiva del autor y de los colaboradores o referentes expresamente mencionados, y no representan ni deben interpretarse como posturas oficiales, declaraciones institucionales, posicionamientos gubernamentales ni comunicaciones formales de autoridad alguna.

Este libro no se encuentra afiliado o patrocinado por Amazon, Kindle Direct Publishing (KDP), ni por ninguna institución gubernamental, organismo de salud, centro penitenciario, asociación profesional, entidad académica o persona moral mencionada directa o indirectamente en su contenido. Amazon y KDP actúan exclusivamente como plataformas de distribución y no asumen responsabilidad alguna sobre el contenido de la obra.

En ningún caso los contenidos de este libro sustituyen diagnósticos clínicos, tratamientos médicos, psicológicos o psiquiátricos, ni la intervención directa de profesionales de la salud debidamente acreditados. El lector es responsable del uso que haga de la información contenida en esta obra.

Es importante señalar que este libro no reproduce los extensos manuales de organización y de procedimientos

existentes en los programas señalados, solamente hace mención, de manera general, de algunos aspectos y experiencias de este establecimiento residencial en el tratamiento de adicciones.

El autor declara que las imágenes incluidas en esta edición han sido utilizadas con la debida autorización del MC. José Abel Saucedo Romero y cuando ha sido necesario se han aplicado medidas de protección de identidad, como la pixelación de rostros u otros elementos identificables.

Cualquier referencia a instituciones públicas, programas gubernamentales, centros penitenciarios, medios de comunicación, modelos de tratamiento o experiencias profesionales tiene un propósito exclusivamente académico, formativo y documental, de manera descriptiva y analítica, sin que ello implique necesariamente aval oficial o responsabilidad directa de dichas entidades sobre el contenido de la obra.

Los nombres propios de personas, cargos, instituciones y profesionales mencionados aparecen en un contexto histórico, profesional o de reconocimiento, sin intención de afectar la reputación, honor, imagen pública o derechos personales de terceros. No se realizan imputaciones, acusaciones ni señalamientos de conductas ilegales o indebidas.

Los casos, experiencias y testimonios descritos han sido tratados con fines educativos y de análisis profesional, cuidando la confidencialidad, anonimización y respeto a la dignidad humana, evitando la identificación directa de personas privadas de su libertad u otros sujetos vulnerables.

Si alguien, de manera institucional, se muestra interesado en conocer o visitar alguno de los Centros penitenciarios mencionados en este libro, póngase en contacto con las autoridades correspondientes de dichos centros.

Agradecimientos y créditos

Los programas de desintoxicación en adicciones referidos en este libro (en el CERESO de Manzanillo) no hubieran sido posibles sin la ayuda de tantas personas que han intervenido con sus kilos de arena. Intentaré mencionarlos a todos, con una disculpa si me faltó alguien. Todos ellos y ellas fueron trascendentes por diversos motivos y aportaciones que me sería extenso detallar.

A los funcionarios y exfuncionarios del Sistema Penitenciario del CERESO de Manzanillo o del estado de Colima:

MC. José Abel Saucedo Romero

Lic. Luis Vicente Valera Espíndola

Licda. Carmen Patricia Armenta Félix

Lic. Carlos Andrés Robles de Anda

Lic. Walter E. Sánchez Flores

TS. Rosalba Estrada Ramos

Contralmirante IM. F. ESP. DEM. Gerardo R. S.

Cap. de Navío IM. P. Juan Pablo V.L.

Excoordinadores del programa en modelo Comunidad Terapéutica, de quienes aprendí:

LTS. Luz Elena Martell. TS. Mayra Gopar. Lic. Hugo Decena.

Psicoterapia y psicología:

MTG. Ruth Díaz. MTG. Óscar Cobián. MTG. Bryant Scott. MTG. Julisa Alcaraz. Lic. Gustavo Corona. Lic. Minerva Fletes. Mtro. Andrés Meza. MTG. Luisa Martínez. Mtra. Luz Martina Velázquez.

Área educativa, cultural y deportiva:

Licda. Ped. Angélica González. Lic. Guadalupe Ávalos. Lic. Ped. Néstor Lavariega. Educadores físicos: Lic. Ing. Ricardo Paredes. Lic. Jesús Aguayo.

Área médica:

Dr. Javier Bañuelos. Dr. Luis Bello. Méd. Fabiola Larios. Méd. Cristina Sánchez. Dr. César Soto. Méd. Aurelio Vallejo. Méd. Armando Zepeda. Méd. Odont. Rodolfo Flores.

Enfermeras y enfermeros:

Téc. Brenda Mojica. Téc. Juan Victorino. Téc. César González. Téc. Julio Espíritu. Téc. Rosario Corona. Téc. Yadira Barreto. Téc. Erica García.

Trabajo Social:

Licda. Laura Laurel. LTS. Ariana Gutiérrez. LTS. Thalía González. TS. Rosario Cortés.

Oficiales y exoficiales de seguridad:

C. Carlos Su. C. Enrique Me. C. Carlos Za. C. Juan Su. C. Eduardo La. C. César Ac. C. Lozario Ro. C. Horacio Ru., Humberto de la R. C. Ov.

Área Laborterapia:

Lic. Francisco Rosales. Lic. Rafael Cervantes. C. Alan Serrano. C. Adriana Cocom.

Patronato PIRSEC:

C. Luis Magaña. C. Yolanda. C. Alfredo Ch. C. Adilene. C. Rubén. Lic. Juan José Plascencia. C. Cristian Aguilar.

Área administrativa, almacén y mantenimiento:

Lic. Armando Martell. Ing. Enrique González. C. Estela Rosales. Lic. Marcos González.

Participantes de otras áreas importantes:

C. Lourdes Preciado. C. Omar Cernas. Lic. Esteban Meneses. Lic. Fidel Alonso. Lic. Alfonso Cortés. Lic. Rafael Landa. Lic. Ashley Couder. Lic. Cynthia Caro. Tte. de Nav. I.M.P. Eduardo C. R.

A los colaboradores y excolaboradores:

Independientes: MTG. Carolina Ávila Rocha.

C. Martha Patricia Cepeda Martínez

Amor y Acción: C. Esteban Alvarado Ordorica. C. Celia Anguiano Espinoza. Lic. César Ignacio Olivera

Yoga de la Risa: Lic. Eduardo Meléndez Campos.

Pastoral penitenciaria: C. Luis Miguel Cruz Rubio.

Iglesia Casa Emanuel: Lic. Miguel Ángel Montiel. C. Miguel Aguilera. C. Cristóbal Topete

UNEME-CECOSAMA: Licda. Lizette Uribe Robles. Lic. María Flores Espinoza. Lic. Carlos Godínez Larios. Lic. Edgar Joel Orozco.

Alcohólicos Anónimos: Hugo M. Ricardo L. José J.

Al personal de las siguientes instituciones que en algún momento apoyaron con material o facilitando sesiones a alguno de los dos modelos señalados en este libro:

Patronato de Reincorporación Social del estado de Colima (P.I.R.S.E.C.)

Centros de Integración Juvenil (Manzanillo)

DIF (estatal y municipal de Manzanillo)

Instituto Colimense del deporte (INCODE)

Centro de Capacitación de Trabajo Industrial (CECATI) No. 34

Taller de maquila de Alquimiya, S.A. de C.V.

A mis capacitadores:

Lic. Cristina Tena (2005) q.e.p.d.

Lic. Luis Valera (2006)

MTG. Jaime Iribe (2008)

TSU. Pedro Aceves (2019)

Mtro. Cristóbal Villaseñor (2023)

Lic. Orlando Nahun Cobián (2022, 2024).

A los profesionales que contribuyeron de alguna manera al desarrollo de los modelos expuestos en este libro:

**Cap. José Román Pedregal*. Creador del modelo 'Tú Puedes Vivir sin Drogas', en el Centro penitenciario de Aguaruto, en Culiacán, Sinaloa, México.

**Lic. William Sierra*. Psicólogo colombiano, capacitador y consejero en adicciones en el modelo Comunidad Terapéutica.

**Lic. Marco Vinicio Vázquez Godina*. Exsecretario del Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA) del estado de Colima, impulsor del modelo Comunidad Terapéutica en los primeros años en el estado. También, director de la Clínica en adicciones 'Renacer'.

**Dr. Guillermo Blanco Govea*, actual Comisionado Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMAC) del estado de Colima.

A las personas de supervisión estatales y federales, que han desempeñado su trabajo con objetividad, reconociendo lo que en este Centro se hace adecuadamente y también haciendo observaciones sobre los aspectos que requirieron adecuaciones y un mejoramiento en la calidad del servicio gracias a sus señalamientos.

A las más de **550 personas privadas de su libertad** que han pasado por los dos modelos de programas de desintoxicación en adicciones en el CERESO de Manzanillo durante 32 generaciones —hasta la publicación de este libro—. Y a los que están por venir. Con los que ha sido posible la enseñanza-aprendizaje, de nosotros hacia ellos y de ellos hacia nosotros.

A mi **Sindicato de Trabajadores al Servicio del Gobierno del estado (STSGE) de Colima.** Comunidad de trabajadores que me ha brindado estabilidad laboral por años, y así poder participar en los programas penitenciarios de tratamiento en adicciones desde su inicio, incluyendo la actual Comunidad Terapéutica en la que participo.

Y, de manera especial, quiero agradecer a mi esposa y compañera de mil inspiraciones y batallas, ***LTS. Brenda Adelina Mora Barrera**, de quien he recibido un gran apoyo anímico en las dulces y en las amargas, además de apoyo laboral como trabajadora social dentro de esta Comunidad Terapéutica.

Contenido

1.- INTRODUCCIÓN .....

2.- EL PROGRAMA MODELO 'TÚ PUEDES VIVIR MEJOR' .....

3.- EL 'TÚ PUEDES VIVIR MEJOR' EN EL CERESO DE MANZANILLO .....

4.- EL MODELO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA .....

5.- LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN EL CERESO DE MANZANILLO .....

6.- 50 CLAVES, REFLEXIONES, TIPS Y APRENDIZAJES .....

7.- CONCLUSIONES .....

8.- ANEXO .....

9.- GUÍA SOBRE LA CÉDULA DE SUPERVISIÓN .....

10.- ACERCA DEL AUTOR .....

1.- INTRODUCCIÓN

La adicción no es una elección ni una enfermedad en sí misma. Surge de un intento humano desesperado por resolver un problema: el sufrimiento emocional, el estrés abrumador, la pérdida de conexión, la pérdida de control y un profundo malestar personal. En resumen, es un intento fallido de resolver el problema del dolor humano. Todas las drogas —y todas las conductas adictivas, relacionadas o no con la adicción, como el juego, el sexo o internet— alivian directamente el dolor o, al menos, nos distraen de él. De ahí mi mantra: La primera pregunta no debería ser "¿Por qué la adicción?" sino "¿Por qué el sufrimiento?". Pero ningún centro de reducción de daños será efectivo mientras el sistema continúe negando que la fuente de los problemas reside en el trauma y el desplazamiento social, o mientras el objetivo principal de los centros de tratamiento sea cambiar el comportamiento de los seres humanos adictos, en lugar de curar el sufrimiento que impulsa ese comportamiento.

Gabor Maté

Este libro surge como una oportunidad para compartirle al mundo penitenciario de que sigue habiendo esperanzas y faros de luz entre tanta oscuridad y pesimismos.

Aquí hago referencia, respetuosa e introductoriamente, sobre mis perspectivas de dos programas de desintoxicación en adicciones aplicados en un establecimiento residencial en el tratamiento de adicciones en una cárcel, específicamente en el *Centro de Reinserción Social* (CERESO) de Manzanillo, Colima, México.

Han sido programas que se han destacado a nivel estatal y nacional obteniendo certificaciones y reconocimientos. Por lo que hoy, más de 20 años después,

creo que vale la pena compartir algunas claves que nos han brindado resultados satisfactorios y que, espero de todo corazón, algunos de los lectores conozcan y aterricen parte de este tesoro a sus lugares de trabajo, sobre todo del medio penitenciario en que se desenvuelvan.

Los dos programas de desintoxicación en adicciones del CERESO de Manzanillo, implementado el primero desde abril 2005 en este Centro penitenciario, y el segundo desde el 2013 a la fecha, han obtenido diversos reconocimientos y certificaciones estatales y nacionales de calidad en su atención, por parte de la CESMAC (Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones), COESPRIS (Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), CONADIC (Comisión Nacional en Adicciones) y CONASAMA (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones). Asimismo, cumple la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009: Para la Prevención, Tratamiento y Control de adicciones. Actualmente (y desde el 2013) nos manejamos con el Modelo de Comunidad Terapéutica, el cual tiene reconocimiento mundial de su efectividad y consta de 3 fases.

O sea, que en 2013 fue el primer establecimiento dentro de un Centro penitenciario mexicano reconocido y certificado por instancias evaluadoras estatales y federales.

Adaptado a este Centro penitenciario, este modelo lo llevamos a cabo durante 4 meses (120 días) en un módulo aislado de la demás población penitenciaria y del que ya abundaremos en más detalles a lo largo de esta obra.

En México, los datos de 2023 sobre el panorama del consumo de drogas se derivan del análisis de la demanda de tratamiento en el país, que se ha realizado de manera consistente durante los últimos 10 años. A partir de lo cual, se ha observado que los **e**stimulantes de **t**ipo **a**nfetamínico (**ETA**, que incluye metanfetaminas) se han mantenido en una tendencia creciente a lo largo de dicho periodo, en 2013 se observó que entre las personas que solicitaron atención el 9.5% refirió dicha sustancia como la principal droga de impacto1, y para el año de 2023 el porcentaje incrementó a 49.1%. Cabe señalar que el alcohol (36.1% en 2013 pasó a 21.8% en 2023)

y el cannabis (23.4% en 2013 pasó a 13.3% en 2023) han sido la segunda y tercera sustancia por la que más se ha solicitado atención. En las entidades federativas, en 2023 se observó que en 25 de ellas los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) fueron la principal sustancia por la que se solicitó atención, seguidos del alcohol en 7 entidades. Para ese mismo año, tanto para mujeres como para hombres los ETA fueron la principal sustancia que motivó la búsqueda de atención.

En el año 2024, en este país de México, 172,380 personas solicitaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en la Red Nacional de Atención a las Adicciones (18.0% CECOSAMA, 12.7% CIJ, 69.3% Centros No Gubernamentales), el 85.1% fueron hombres y 14.9% mujeres. En cuanto a la droga de impacto, es decir la sustancia principal que motivó la atención se observó que el 51.0% acudió por motivos relacionados con el consumo de ETA, el 20.5% con el alcohol y el 12.6% por consumo de cannabis. También en el año 2024, los ETA fueron la principal droga de impacto en 27 estados de la República mexicana, incluyendo el estado de Colima (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones [OMSMA, CONASAMA], 2024).

Por otra parte, comparte Simón Tavera Romero en 2020* (presidente de la Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas) que, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2017 (ENCODAT) en México, del 100% de las personas que cumplen los criterios de dependencia (544,870), solo el 20% recurre a un servicio de tratamiento para su rehabilitación, con resultados menores al 25% de éxito.

La ENCODAT 2025*, realizada en este país (México) en el 2025 arroja, en comparativas con la ENCODAT 2016-2017, que:

En la **población de 12 a 65 años de edad encuestada**, la prevalencia de consumo de drogas ilegales alguna vez aumentó de 9.9% a 13.1%, mientras que para el consumo en el último año no se observaron cambios (2.7% a 2.9%). El

incremento en la prevalencia de consumo de **alguna droga ilegal** en la vida fue de 15.8% a 20.1% en hombres y de 4.3% a 6.7% en mujeres. Se incrementó el consumo alguna vez de **cannabis** (8.6% a 12.0%), **estimulantes de tipo anfetamínico,** incluyendo **MDMA/éxtasis y metanfetamina/cristal** (0.9% a 1.5%) y de **alucinógenos** como **ayahuasca, LSD y psilocibina** (0.7% a 1.3%); mientras que no se observaron cambios para **cocaína** (3.5% a 3.6%). La prevalencia de consumo de **alcohol** alguna vez en la vida aumentó de 71.0% en 2016 a 73.7% en 2025; en hombres no se observaron cambios (80.1% a 78.5%) y en mujeres incrementó (62.6% a 69.3%).

El consumo de **cualquier droga médica en el último año en la población de 12 a 65 años** aumentó de 0.5% en 2016 a 0.9% en 2025. Este aumento se observó en mujeres (0.4% a 0.9%), pero no en hombres (0.6% a 0.9%). Mientras que el consumo **alguna vez de drogas médicas fuera de prescripción en la población de 12 a 65 años** aumentó de 1.3% en 2016 a 2.5% en 2025. En particular, el consumo de opioides (que incluyen heroína y fentanilo) pasó de 0.1% en 2016 a 1.4% en 2025. Aunque ENCODAT sugiere interpretar de forma conservadora estas diferencias entre consumo de opioides, considerando las diferencias entre cuestionarios, porque en 2016 se registraron casos de uso de *tramadol* fuera de prescripción médica, por lo que este medicamento se incluyó en la lista de ejemplos en 2025.

El uso actual de **tabaco fumado en la población de 12 a 65** años muestra un descenso entre 2016 y 2025, esta disminución se observa principalmente en hombres, mientras permanece sin cambios en las mujeres. El consumo de cigarros electrónicos aumentó de 2016 a 2025. En la actualidad, la epidemia de tabaquismo continúa siendo un problema de salud pública y está agravada por el incremento de uso de cigarros electrónicos tanto en hombres como en mujeres, pero especialmente entre la población adolescente.

En **población de 12 a 17 años de edad**, la prevalencia de consumo de drogas ilegales alguna vez disminuyó de 6.2% a 4.1%; en hombres no se observaron cambios (6.6% a 5.9%), mientras en mujeres disminuyó (5.8% a 2.3%). No se

observaron cambios en el consumo de cannabis alguna vez en la vida (5.3% a 3.7%).

En **población adulta (18 a 65 años de edad),** el consumo de drogas ilegales alguna vez aumentó de 10.6% a 14.6%; de 17.8% a 22.6% en hombres y de 4.0% a 7.4% en mujeres. Aumentó el consumo alguna vez de cannabis (9.3% a 13.3%), alucinógenos (0.8% a 1.5%) y estimulantes de tipo anfetamínico (0.9% a 1.6%).

*Nota: La ENCODAT 2025 utilizó un diseño probabilístico, multietápico, estratificado y por conglomerados, con representatividad nacional, regional y por tipo de localidad mexicana, que constituye el instrumento especializado más completo para caracterizar el uso de sustancias, sus patrones de frecuencia y dependencia, la percepción social del riesgo, el acceso a estas sustancias y su relación con condiciones de salud mental y determinantes sociales. Se calcula que la población mexicana entre 12 y 65 años de edad en el 2025 era de aproximadamente 100 millones de personas.

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones Los servicios de tratamiento de las adicciones en México se ofrecen en dos modalidades: la no residencial (o ambulatoria) y la residencial.

Ejemplos de tratamientos ambulatorios son los 14,500 grupos de ‘Alcohólicos Anónimos’, los 6,000 grupos de ’24 horas’, las decenas de grupos de Narcóticos Anónimos, los 120 Centros de Integración Juvenil (no residenciales), entre otros. Los grupos de ‘Alcohólicos Anónimos’ y ‘24 horas’ representan más del 80% de los establecimientos que tratan la adicción de alguna droga, en este caso el alcohol, utilizando la modalidad de servicio de ayuda mutua, donde exconsumidores recuperados ayudan mutuamente a los usuarios aún adictos.

Uno de los modelos reconocidos por la OMS y por tener resultados satisfactorios en la práctica e investigaciones en varios países es el de la Comunidad Terapéutica.

Las numerosas teorías sobre la etiología o causa de la adicción se pueden dividir en biológicas, psicoanalíticas, conductuales, sistémicas, sociales y de automedicación.

En las investigaciones sobre personas en drogadicción, desde las diferentes teorías señaladas, se ha encontrado, por ejemplo, lo siguiente (las referencias las podrán consultar en de Leon, 2004:

1.- Se ha encontrado a los drogadictos como personas traumatizadas desde temprana edad.

2.- Los usuarios residentes, casi sin excepción, tienen una baja autoestima y suelen victimizarse de su situación, culpando a otros de su drogadicción.

3.- En las familias de la mayoría de los hombres heroinómanos aparece una madre superprotectora y permisiva en combinación con un padre pasivo y emocionalmente lejano. También, se ha encontrado una homeostasis patológica en las familias de adictos. Frecuentemente los drogadictos que han sido tratados con éxito recaen y vuelven a casa de sus padres cuando ha ocurrido una crisis en la familia.

4.- Se ha encontrado que la adicción está asociada a la separación en la edad temprana junto con el hecho de unos padres superprotectores, y con el rechazo emocional durante la niñez. Entre las familias con hijos adictos se hallan tanto padres despreocupados, distantes de los hijos, como excesivamente protectores. Raras veces recompensan los padres la conducta aceptable del adicto, mientras que prestan una fuerte atención negativa a la conducta negativa. También se encuentra una falta de límites intergeneracionales. Con frecuencia los padres ofrecen mensajes inconsistentes o con doble sentido a sus hijos y no les proponen límites claros al comportamiento negativo. En de Leon (2004), se lee que los antecedentes típicos de un usuario adicto a drogas incluyen las desventajas socio-económicas, los problemas familiares, los

patrones de conductas parentales ineficaces, modelos de rol negativos y aprendizaje social y rasgos de personalidad oposicionales tempranos.

5.- Por otra parte, a los adictos se les puede considerar pacientes psiquiátricos si se recurre a diagnosticarlos con el Manual de transtornos psiquiátricos DSM. Cuando consumen alcohol o drogas sus síntomas disminuyen y la depresión o esquizofrenia desaparece. Esta teoría puede explicar por qué pueden aparecer tras la desintoxicación síndromes psiquiátricos. La tendencia a recaer, tras prolongados períodos de abstinencia, les condujo al concepto de que la adicción viene a ser una enfermedad crónica de por vida tal como aparece caracterizada por Alcohólicos Anónimos: adicto una vez, adicto para siempre.

Afortunadamente, todos los puntos anteriores —o casi todos y otros más— son abordados por la metodología profesional de Comunidad Terapéutica, junto con los enfoques terapéuticos que se manejan en los establecimientos residenciales para el tratamiento de adicciones.

Gracias a todos aquellos que, en su momento, se han interesado en conocer los programas sobre tratamientos en adicciones que se implementan en el CERESO de Manzanillo desde el año 2005. Son especiales aquellos momentos en que noticieros Televisa cubrió notas al respecto, también varios periódicos locales y fueron inolvidables aquellas palabras del Mtro. Luis Rodríguez Manzanera cuando en 2006 fue invitado al CERESO de Manzanillo a que conociera el programa 'Tú Puedes Vivir Mejor' y afirmó: "*En ninguna parte del mundo, ni siquiera en Estados Unidos, donde se da por parte del gobierno una buena suma de dinero para los centros de rehabilitación, hay un programa de este tipo que se preocupe por la rehabilitación de sus internos*".

Juan Carlos Martínez Bernal
Coordinador del programa de desintoxicación en adicciones del CERESO de Manzanillo
Manzanillo, Colima, diciembre 2025

A pocos kilómetros de las playas de Manzanillo, Colima, México.

***Fuentes consultadas:**

De Leon, George (2004). La Comunidad Terapéutica y las Adicciones. Teoría, Modelo y Método. España: Desclée de Brouwer

*Estado de Colima ejemplo nacional e internacional en materia penitenciaria. Periódico 'Diario de Colima' del 10-junio-2006, p. 13. Archivo Histórico de la Universidad de Colima, Acervo Hemerográfico. Disponible en línea en:

https://datacenter.ucol.mx/archivohistoricohemeroteca/content/pdf/100606.pdf

[consultado el 22 de diciembre de 2025]

Archivo Histórico de la Universidad de Colima. Colección incorporada. Periódico 'El Panorama' del 10 de junio de 2006. Acervo Hemerográfico.

*Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2025) Primera edición, 2025:

https://www.gob.mx/conasama/documentos/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2025?state=published

Hoja de Datos. Demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en México (2025). Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones, junio, 2025.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1004600/Hoja_de_datos_26_de_Junio__2025.pdf

Maté, Gabor (2024). Vício. O reino dos fantasmas famintos. 1ª ed. Río de Janeiro: Sextante. recurso digital epub

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2024). Informe Sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México, 2024.

https://www.gob.mx/conasama/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-y-el-consumo-de-sustancias-en-mexico

Tavera Romero, Simón (2020). La Comunidad Terapéutica: el cambio en el tratamiento a las adicciones. Recuperado de:

https://www.animalpolitico.com/analisis/organizaciones/seguridad-180/la-comunidad-terapeutica-el-cambio-en-el-tratamiento-a-las-adicciones

2.- EL PROGRAMA MODELO 'TÚ PUEDES VIVIR MEJOR'

***Capítulo coescrito con el Lic. Psic. Luis Vicente Valera Espíndola**

Antecedentes históricos

*2000: El programa '*Tú Puedes Vivir sin Drogas*' nació el 30 de junio del año 2000 en el Penal de Aguaruto, en Culiacán, Sinaloa, cuyo nombre oficial es Centro Penitenciario de Aguaruto (o también referido como Centro de Justicia Penal), es frecuentemente mencionado en los medios de comunicación y diagnósticos oficiales por problemas persistentes de corrupción, violación de derechos humanos, anarquía y el contrabando continuo de armas, drogas y celulares. A raíz del grave problema que había del consumo de drogas al interior del sistema penitenciario de Sinaloa, y la visión de un grupo de personas encabezadas por José Román Pedregal Soto (ex capitán militar retirado y quien estuvo al frente de los reclusorios del Estado de Sinaloa de 1999 a 2005), creador del modelo '*Tú Puedes Vivir sin Drogas'*, reconoce que el inicio de este fue duro, porque el proyecto era para las personas privadas de su libertad (antes conocidos como 'internos') que tenían voluntad, aunque el máximo de reincidencia siempre ha sido del 10 por ciento, porque de alguna manera se tiene control de los usuarios.

Fases del proyecto 'Tú Puedes Vivir sin Drogas'

1.- Abstinencia

2.- Desintoxicación total

3.- Autoestima

*2003: MC. José Abel Saucedo Romero, director general de Prevención y Reinserción Social del estado de Colima, obtiene los resultados del análisis del Diagnóstico situacional del Sistema Penitenciario estatal 2003: El 79% de las personas que ingresan por delitos en el CERESO de Colima su conducta delictiva estaba relacionada con el abuso de sustancias legales y/o ilegales, ya sea bajo el influjo de estas o para adquirirlas posterior al ilícito. Entonces, se interesa en el programa aplicado por Pedregal Soto en el penal de Culiacán, Sinaloa y viaja a ese penal a conocer directamente el modelo.

A Saucedo Romero se le reconoce como el creador, supervisor, administrador y coordinador general del modelo ***'Tú Puedes Vivir Mejor'*** (TPVM), ***que nace como una alternativa mejorada del programa de Culiacán***, Sinaloa ya señalado. Saucedo Romero, desde el año 2000 al 2007 (y en otra etapa del 2016 al 2018) se desempeñó como Director General de Prevención y Reinserción Social del estado de Colima, es decir, como administrador del sistema penitenciario estatal en aquel entonces, en el cual está inserto el Centro de Reinserción Social (CERESO) de Manzanillo.

*2004: Se envió a capacitación a Culiacán los siguientes trabajadores del sistema penitenciario estatal de Colima:

2 psicoterapeutas, 2 trabajadores sociales, 1 médico, 2 custodios y 1 educador físico.

*2004: Se remodeló el módulo B para acondicionarlo para el programa, con financiamiento del PIRSEC.

*2004 y 2005: Capacitación especializada vivencial con Cristina Tena y José Luis Sención Acosta, ambos con enfoque en Terapia Gestalt. Talleres de relajación, duelo y perdón.

Se comienza a delimitar el proyecto del programa TPVM adaptándolo a las necesidades y condiciones propias del entorno, el personal técnico elabora programas para las áreas de Psicoterapia, Psicología, Trabajo Social, Educación Física y Pedagogía; siendo importante mencionar que estos programas (incluidos los elaborados para los talleres psicológicos y psicoterapéuticos grupales) cumplieron la Norma Oficial NOM-025a-1999 de la Secretaría de Salud y Asistencia, además de apegarse a los lineamientos de la Constitución Política Mexicana, la Constitución del Estado de Colima y a la entonces Ley de Normas Mínimas sobre Readaptación Social para la atención y tratamiento de la farmacodependencia.

Para llevar a cabo este programa fue necesario remodelar, con el apoyo del patronato integral de reincorporación social del estado de Colima (P.I.R.S.E.C.), un área en el Centro de readaptación social de Manzanillo y dotarlo con la infraestructura y equipo adecuado para las actividades y necesidades de los usuarios que llevan a cabo su rehabilitación.

*2004: Se promovió y motivó la participación de los usuarios de los CERESOs de Colima y Manzanillo, haciendo difusión de los beneficios de este tratamiento y teniendo como resultado de ellos la inscripción voluntaria de 227 personas que deberían cubrir los siguientes requisitos: ser sentenciado común o federal, aprobar un examen médico físico atlético para determinar su resistencia y detectar enfermedades infectocontagiosas cardíacas o crónico-degenerativas incapacitantes o riesgosas que pudieran interrumpir el tratamiento, además se les aplicó un examen psicológico para descartar problemas mentales o de personalidad severos que pusieran en riesgo a los demás participantes.

*15-abril-2005: Inauguración de la primera generación en el CERESO de Manzanillo. Una vez cubiertos los requisitos señalados, los 19 voluntarios que fueron seleccionados fueron reubicaros en el módulo del programa TPVM donde permanecieron aislados del resto de la población en un lapso de 100 días a partir del 15 de abril de 2005, fecha en la que el

entonces gobernador interino dio inicio a las actividades en una ceremonia.

2007: El programa TPVM Duró 7 generaciones en el Centro penitenciario de Manzanillo (abril de 2007) y más de 15 en el CERESO de Colima (hasta el año 2013).

2011: En este año, la cifra de personas privadas de su libertad del penal de Culiacán que han egresado del programa 'Tú Puedes Vivir sin Drogas' llegó a los 1,602 presos rehabilitados, repartidos en 1332 hombres y 270 mujeres.

2012: La CONADIC (Comisión Nacional contra las Adicciones) inicia a reconocer establecimientos residenciales en el tratamiento de adicciones, certificándolos si cumplen los más de 100 criterios que marca la cédula de supervisión.

2013: El CERESO de Manzanillo se convierte en el primer Centro penitenciario de México en ser reconocido y certificado nacionalmente por la CONADIC por tener un establecimiento residencial en el tratamiento de adicciones que cumple los criterios de la cédula de supervisión.

También en el 2013, el programa 'Tú Puedes Vivir sin Drogas', implementado en tres penales de Sinaloa, es ahora denominado Tú Puedes Vivir sin Adicciones'.

2014: El Centro de Internamiento para Adolescentes (CIPA) dependiente de la Dirección de Prevención y Reinserción Social de Sinaloa alcanzó la certificación de CENADIC (que luego formó parte de la CONADIC).

2015: Los tres penales estatales de Sinaloa (ubicados en Culiacán, Mazatlán y Los Mochis) recibieron la certificación del

extinto Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) para su programa "Tú Puedes Vivir Sin Adicciones". Sin embargo, después no lograron mantener dicho reconocimiento de certificación nacional.

El Reclusorio Preventivo de Guadalajara, adaptando parte del modelo ‘Tú Puedes Vivir sin Adicciones’ es certificado por CONADIC.

También en el 2015, el Instituto para el Tratamiento de Menores Infractores del estado de Colima es reconocido y certificado por la CONADIC.

2017: El CERESO de Colima es reconocido y certificado por la CONADIC. Para este momento, en el estado de Colima existían dos Centros penitenciarios estatales (Manzanillo y Colima) y el Instituto para el Tratamiento de Menores Infractores certificados nacionalmente por la CONADIC.

2018: Clínica "Tu puedes vivir sin Adicciones" que formaba parte del CERESO de Apodaca, Nuevo León es certificada por CONADIC. Para ese entonces llevaban más de 50 generaciones de usuarios participantes.

2019: Centro de Rehabilitación Anexo al Centro de Internación para Adolescentes en Guanajuato recibe certificación de CONADIC, la cual refrendó en el 2025. También, tiene acreditación y reacreditación otorgada por la Asociación Americana de Correccionales (ACA, por sus siglas en inglés).

2025: La Dirección General del Sistema Penitenciario del Estado de Guanajuato dio inicio al programa de tratamiento de deshabituación y rehabilitación del consumo de sustancias, bajo el Programa “Vive Sin Drogas” en los once centros penitenciarios del Estado.

Actualmente, a la fecha de publicación de este libro, solamente los establecimientos residenciales en el tratamiento de adicciones ubicados dentro del **CERESO de Manzanillo** (ubicado en el estado de Colima, México) y del **Centro penitenciario de Mazatlán, Sinaloa** (programa ‘Tú puedes Vivir Sin Adicciones") son los únicos dentro de Centros penitenciarios que se mantienen vigentes en la certificación con la CONASAMA (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones). Ver anexo en este libro.

Infraestructura y actividades a realizar en el programa 'Tú Puedes Vivir Mejor'

Capilla para actividades religiosas de Pastoral Penitenciaria.

Salón de terapia acondicionado con alfombra, baño, cojines, sillas, televisor y rotafolio.

Cuarto de baño sauna y rehidratación.

Cancha de usos múltiples.

Aparatos de gimnasio y ejercitación físico-deportiva. Educación en hábitos higiénico-dietéticos adecuados. Actividades lúdicas y de lectura.

Apoyo educativo para estudiar en INEA y cursos de electricidad del CECATI.

Sesiones de Ayuda Mutua con instructores de Alcohólicos Anónimos.

Terapia ocupacional en carpintería.

Psicoterapias grupales e individuales. 3 Encuentros Familiares.

Además de apoyo institucional de DIF Estatal, DIF municipal Manzanillo e Instituto Colimense del Deporte. Selección de usuarios voluntarios monitores para apoyar a nuevas generaciones.

Las etapas del modelo TPVM

El programa TPVM tenía una duración de 100 días, divididos en 4 etapas:

Etapa 1: Desintoxicación y compromiso personal (15 días)

Se efectuaba durante los primeros 15 días de tratamiento, con aislamiento total de la demás población penitenciaria, en donde los participantes llevaban a cabo intensas actividades físico atléticas y posteriormente ingreso al baño sauna durante 20 minutos con temperaturas a los 40 grados para eliminar toxinas, dividido en nueve periodos de 15 minutos cada uno por un espacio de descanso de 5 en los cuales pasan a las regaderas e ingesta de suero oral (electrolitos) para recuperar el equilibrio térmico.

Etapa 2: Etapa de resiliencia y rehabilitación (10 días)

En esta etapa, cumpliendo aproximadamente un mes de haber ingresado al programa, se reencuentra por primera vez con su familia y familiares más cercanos

Etapa 3: Recuperación y autoestima (50 días)

Las metas actuales son durante los 50 días de esto el continuar con la ejercitación física para producir endorfinas, seguir desintoxicándose con la utilización del baño sauna, crear su autodisciplina y aprender un oficio. Asimismo, la psicoterapia se desarrolla en ejercicios que permite a los participantes encontrar en su experiencia de vida las fortalezas que les han permitido salir adelante, además de que se abra la participación a otras instituciones cuya función es la de sinergizar el trabajo, como lo son Centros de Integración Juvenil, DIF estatal y DIF municipal, Instituto Colimense del deporte (INCODE), pastoral penitenciaria, alcohólicos anónimos, neuróticos anónimos, secretaria de salud

Etapa 4: Cuenta regresiva y coach (25 días)

El participante aprende un oficio, asesorado por personal del Centro de Capacitación para el Trabajo Industrial (CECATI) No. 34. En esta etapa final se orienta a los participantes y sus familias para realizar planes preventivos de recaídas con el fortalecimiento de lazos familiares detonación de sus habilidades y factores de protección, así como patrones de vida positivos para llevar a mejor termino el tratamiento y evitar posteriores recaídas.

Una vez rehabilitados los voluntarios que aceptan seguir participando, si son autorizados por el Comité Técnico se vuelven promotores del programa en el interior, denominándose monitores.

Por último, para saber los logros de este modelo TPVM hay que ir al Anexo de este libro.

ENTREVISTA AL MC. JOSÉ ABEL SAUCEDO ROMERO, CREADOR DEL PROGRAMA 'TÚ PUEDES VIVIR MEJOR' EN EL SISTEMA PENITENCIARIO DE COLIMA

En diciembre de 2025 (comunicación personal), el colaborador de este libro, Lic. Psic. Luis Valera, entrevistó al MC. José Abel Saucedo Romero para saber sus impresiones del pasado y del presente respecto a lo vivido en el tratamiento de adicciones, sobre todo por su experiencia en dos periodos como Director General de Prevención y Readaptación Social del estado de Colima (2001-2007 y 2016-2018) y por haber sido creador del programa modelo 'Tú puedes vivir mejor':

¿De cuánto fueron los costos económicos que se requirió la preparación y el arranque del programa Tú puedes vivir mejor y de dónde se obtuvieron los recursos?

Bueno, yo creo que, entre la adquisición del material para las remodelaciones, compras de uniformes, capacitación (a los trabajadores), sí nos gastamos como un millón de pesos, aproximadamente.

Sin embargo, ya teníamos mucha estructura, ya nada más fue remodelarla. ¿Y dónde se obtuvieron los recursos? Bueno, pues desde el 2002 me di a la tarea de crear un patronato que obtuviera recursos de todo lo que se vendía en las tiendas a las personas privadas de su libertad, además de darles un buen precio.

Y la otra cosa es que se concursó con las compañías refresqueras Coca-Cola y Pepsi y, si mal no recuerdo, creo que la ganadora dio 300 mil pesos por tener la concesión de la

venta exclusiva de su refresco (al interior de los centros penitenciarios).

A veinte años de distancia de haberse implementado el programa, ¿qué puede mencionar como aciertos?

Como aciertos, pues haber tenido la fortuna y la suerte de que el gobernador Fernando Moreno me dio carta abierta para poder hacer lo que se requiriera.

Y fue una suerte también para mí, muy grande, poder abrir el CERESO de Manzanillo y poder seleccionar, hacer los perfiles de puestos, seleccionar al personal, capacitarlo. Y, obviamente, el que ingresara gente de muy buena calidad y con muchas ganas de hacer las cosas.

¿Qué me faltó para desarrollar? Yo creo que un error muy grave que cometí: no haber propugnado porque fuera el programa parte de las políticas públicas. Eso quedó al garete y, obviamente, cuando salimos nosotros (del puesto de funcionario), en automático, el negligente o los negligentes que han seguido no han querido seguirlo como debe de ser y sobre todo perdieron el apoyo económico del patronato. Para mí, ese fue el error más garrafal y el único que cometí.

¿Qué opina de la metodología de la Comunidad Terapéutica?

La metodología se me hace excelente. El problema está en los apoyos económicos y que, desgraciadamente, las compañías, por así decirlo, que se dedican a hacerlo, es más con intención de ganar dinero que con realmente la intención de querer ayudar a las personas a modificar su conducta adictiva.

¿Cuál es su visión actual del tratamiento de la adicción en este país (México)?

Yo no creo que sea la adecuada. No, yo creo que existe más buena voluntad que apoyos económicos. Y nuestros gobiernos se dedican más a politizar el asunto, más que querer realmente efectuar programas de desintoxicación adecuados.

¿Qué piensa de los cambios que ocurren en los tratamientos de adicciones en los centros de reclusión?

Pues yo creo que mientras que no se unifican los criterios y no se centre el gobierno federal en dar los recursos para poder hacerlo de manera homogénea, vamos a tener triunfos aislados, pero creo que va a haber más desaciertos que aciertos.

Todo porque no tenemos políticas públicas adecuadas.

¿Qué recomendación le haría a los gobiernos para que se blindaran los tratamientos de adicciones bien aplicados en los centros de reclusión?

Hacerlo parte de sus políticas públicas.

¿Sería importante y posible hacer implementar el programa 'Tú puedes vivir mejor' en otro país?

Sí, claro que sí. Sí se puede, sí, bastante bien y sería algo maravilloso. ¿Qué se tendría que hacer para que esto pueda ser posible? Híjole, por principio de cuentas que México retome el lugar. No es que peque de cretino creído, pero si observamos lo que hicimos como justicia terapéutica (Mediación penitenciaria), nos adelantamos cinco años a la nueva ley nacional de ejecución penal vigente a partir del 2008, con obligatoriedad a partir del 2018.

Es decir, Colima tuvo el honroso lugar de haberse adelantado a una ley nacional de ejecución penal gracias al trabajo en equipo.

*Hasta aquí la entrevista. Por otra parte, el **Lic. Psic. Luis Vicente Valera Espíndola,** uno de los miembros fundadores más importantes del programa 'Tú puedes vivir mejor' y que también fue el primer Coordinador de este programa en el CERESO de Manzanillo, toma la palabra y comenta lo siguiente:

A manera de síntesis, el citado programa de tratamiento me dio la oportunidad de desarrollar mis habilidades de

manejo de personal y manejo de grupos de trabajo, algo sumamente difícil, pero a la vez gratificante.

Sin embargo, el mayor éxito lo vi reflejado en los grupos de voluntarios participantes (personas privadas de su libertad) en el programa con la finalidad de desintoxicarse, decir adiós a las drogas y de esta manera tener más herramientas para poder integrarse a la sociedad.

En cuanto al trabajo realizado por los voluntarios participantes, es de menester mencionar que fue un arduo trabajo por parte del personal del área técnica: enfermeros, médicos, psicólogos, psicoterapeutas, maestros de alfabetización, maestros de educación física, así como también custodios, personal de alcohólicos anónimos, personal de pastoral penitenciaria, colaboradores del CECATI (Centro de Capacitación para el Trabajo Industrial), entre muchos grupos más que nos apoyaron en este programa. Lo arduo fue debido al rechazo que existía por la mayoría de las personas privadas de la libertad por las malas experiencias con los anteriores tratamientos tradicionales o centros de rehabilitación en los CERESOS en los cuales habían intentado recibir ayuda para rehabilitarse.

Finalmente, comentar que dicho programa tuvo una gran aceptación por la mayoría de las personas del sistema penitenciario estatal. Tuvo una gran difusión a nivel nacional, logrando captar la atención de algunos CERESOS de otros estados, los cuales solicitaron nuestro apoyo mandando ellos personal del área técnica y de seguridad a observar el trabajo que estábamos haciendo para poder adaptarlo a su centro de trabajo y replicar lo observado con la intención de tener buenos resultados con las personas privadas de su libertad en las cárceles en su estado.

Como último comentario, es muy difícil luchar contra el monstruo de las drogas; ese veneno está presente en todas partes. los fabricantes y los vendedores cada día inventan nuevas formas y maneras de atraer a los niños y consumidores cautivos. Entonces, considero de suma importancia el trabajo en casa. Como papás, debemos poner mucha atención a nuestros hijos, sobrinos, primos, nietos, etc., ya que son

blancos muy fáciles de enganchar para que puedan consumir algún tipo de droga. Y, sobre todo, darles la confianza de escucharlos cuando tengan algún problema o situación difícil para que no busquen ayudas o salidas falsas.

Escuchar a alguien de nuestra familia o no familia que tenga algún problema es ayudar. Si se puede apoyar con otras cosas mejor, si no, pues canalizar con algún especialista en el tema.

Finalmente, no queda más que agradecer a la persona que me dio la oportunidad de comandar este programa de

tratamiento que me dejó una gran dicha: al MC. José Abel Saucedo Romero.

Al psicólogo Juan Carlos Martínez Bernal, por su trabajo en el programa, siendo uno de los profesionistas más comprometidos en esta aventura laboral y también por invitarme a formar parte de este libro.

A mi ahora esposa, Rocío Guadalupe Ávalos Fuentes, por su participación en el programa con el proyecto de alfabetización y por estar apoyándome en todo momento en los meses que duraba el tratamiento de las personas privadas de su libertad y que eran días de arduo trabajo.

Fuentes y referencias consultadas:

*José Abel Saucedo Romero: Habla sobre políticas de reinserción social (noviembre 2016 en *La Mejor FM 92.5*):

https://soundcloud.com/max-cortes-press/jose-abel-saucedo-romero

*Entrevista formulada por Cecilia Toro a José Abel Saucedo Romero (s/f). Recuperado de:

https://www.terragnijurista.com.ar/infogral/entrevista_romero.htm

*Entrevista al MC. José Abel Saucedo Romero realizada por Lic. Psic. Luis Vicente Valera Espíndola (comunicación personal en diciembre 2025).

*José Román Pedregal, creador del proyecto, buscó la manera de acabar con las adicciones en las cárceles. Recuperado de:

https://www.noroeste.com.mx/seguridad/nace-por-la-necesidad-de-ayudar-LBNO47296

*Rebasa los 1,600 el número de usuarios voluntarios graduados del Programa 'Tú Puedes'. Recuperado de:

https://www.entreveredas.com.mx/2011/06/rebasa-los-1600-el-numero-de-internos.html

*Centros certificados en Sinaloa:

https://www.facebook.com/share/p/179zQwh7ip/

*Establecimientos reconocidos en CONADIC 2018:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/377590/Directorio_actualizado_al_23_de_agosto_del_2018.pdf

*'Tú Puedes Vivir Sin Adicciones' 15 Años rehabilitando vidas en Sinaloa. Video:

https://www.youtube.com/watch?v=hoTJoGxIu8o

*Un modelo de atención y tratamiento para las personas con farmacodependencia en prisión. Criterios para un sistema orientado al respeto de los Derechos Humanos. Bases para mejorar el manejo y la prevención de adicciones:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Tratamiento-Farmacodependencia-Prision.pdf

SOBRE LOS COLABORADORES DE ESTE LIBRO

*MC. José Abel Saucedo Romero

Actual perito auxiliar externo del Supremo Tribunal de Justicia y coordinador de la licenciatura en Criminología y Criminalística de la universidad Vizcaya campus Colima. Maestría en Criminología, especialidad en el Sistema de Justicia Penal Acusatorio Adversarial (Mediación). Médico Cirujano, entre otros estudios realizados.

Exdirector general del Sistema Estatal Penitenciario de Colima durante los periodos 2000-2007 y 2016-2018, entre otros puestos ejercidos a nivel federal y estatal.

Creador del programa modelo para el tratamiento penitenciario de adicciones 'Tú Puedes Vivir Mejor'.

Creador del Patronato Integral de Reincorporación Social del Estado de Colima, con el cual se financió el programa 'Tú Puedes Vivir Mejor'.

Red social de contacto:
https://www.facebook.com/joseabel.saucedoromero

*Lic. Psic. Luis Vicente Valera Espíndola

Licenciado en psicología, licenciado en educación física, maestría inconclusa en Terapia Gestalt, entre otros estudios realizados.

Miembro del equipo creador del programa modelo para el tratamiento de adicciones 'Tú Puedes Vivir Mejor'.

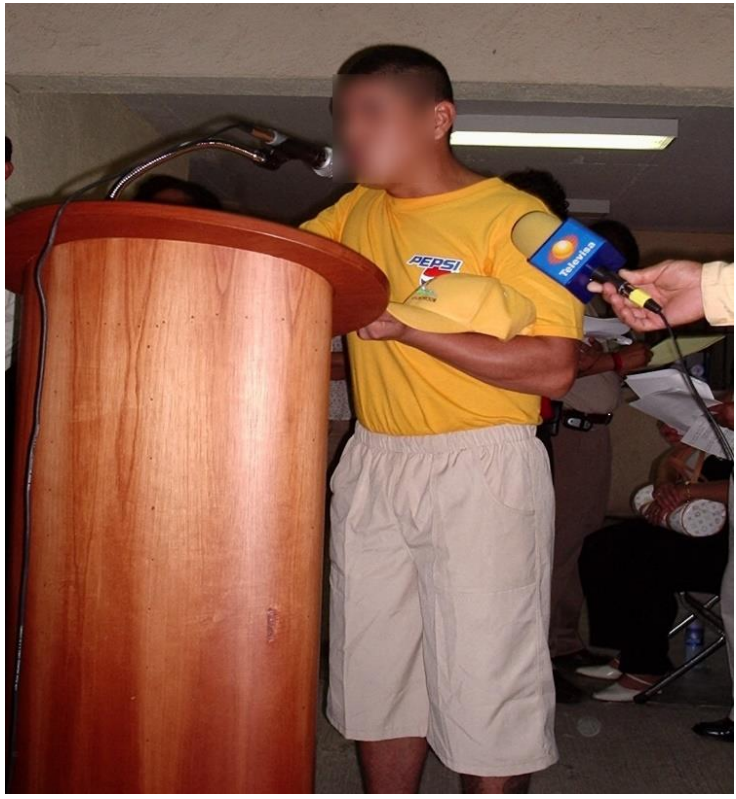
Primer Excoordinador del programa modelo para el tratamiento de adicciones 'Tú Puedes Vivir Mejor' en el CERESO de Manzanillo, entre otros puestos ejercidos a nivel estatal.

Red social de contacto:

https://www.facebook.com/luisvicente.valeraespindola

***NOTA IMPORTANTE:**

Gracias al MC. José Abel Saucedo Romero por su ayuda y autorización en esta labor de compartir las siguientes imágenes:


PEPSI
Televisa

3.- EL 'TÚ PUEDES VIVIR MEJOR' EN EL CERESO DE MANZANILLO

En un artículo del que fui coautor (Saucedo y cols., 2010), explicamos los cambios en el modelo 'Tú Puedes Vivir Mejor' (TPVM) respecto al implementado en Culiacán, Sinaloa ('Tú Puedes Vivir sin Drogas'). Básicamente, los cambios y diferencias son los siguientes: en el CERESO de Manzanillo se hace énfasis en los fundamentos de civismo y orden cerrado; en el CERESO de Culiacán tienen camas individuales de cemento en el salón de psicoterapia, es decir, en sus propias estancias, mientras que en el de Manzanillo existe un salón terapéutico alfombrado y con cojines; en el penal de Culiacán, Sinaloa el programa era coordinado por personal técnico y personas privadas de su libertad con la supervisión del área seguridad y custodia, mientras que en el CERESO de Manzanillo sólo las áreas técnica y de seguridad y custodia son quienes tienen el mando y ésta última convive todo el día con los voluntarios.

En el Centro penitenciario de Manzanillo hay atención individual psicoterapéutica de manera constante, alcanzando cada usuario 5 o más atenciones a lo largo del programa; en el penal de Sinaloa la educación física la instruye un voluntario usuario, mientras que en el centro de Manzanillo la realiza un licenciado en educación física. Desde la segunda generación de este programa, el educador físico se apoya con algún voluntario monitor. Otra diferencia es que la psicoterapia en la cárcel de Sinaloa la llevan a cabo trabajadoras sociales y psicólogas, mientras que en el penal de Manzanillo la aplica personal entrenado en psicoterapia Gestalt (1 con doctorado, 2 con Maestría y otro con estudios inconclusos de Maestría), así como dos licenciadas en Psicología (una de ellas

especializada en Psicoterapia Sistémica, Hipnoterapia y Coach), e incluso participaba el propio Director General de Prevención, quien también cuenta con Maestría en Criminología y estudios inconclusos en Maestría de Terapia Gestalt; y una última diferencia es que, tanto el personal técnico como el personal de seguridad y custodia han recibido capacitación a través de cursos y talleres desde antes de que se inaugurara el programa TPVM en Manzanillo y aún durante. Ejemplos de dichos cursos y talleres son los denominados Manejo de emociones", "Manejo de la violencia intrafamiliar", "Manejo positivo del estrés", "Duelo y perdón", "Chi-Kung", "Criminología penitenciaria", y "Diplomado en Constelaciones Familiares", etcétera.

El modelo del programa TPVM se puede analizar en seis ejes o grandes áreas:

1.-Disciplinaria.

Contiene actividades como fundamentos de civismo, orden cerrado (marcha en bloque); despertar a las 05:00 horas diariamente; higiene personal diaria (aseo bucal, aseo de litera, lavado de ropa); desayuno, comida y cena a horas programadas, incluyendo una nueva manera de tomar los alimentos con orden y educación; dormirse a las 22:00 horas diariamente. Se tiene que rotar al personal de seguridad y custodia para dar oportunidad a otros oficiales de seguridad capacitados previamente y para reforzar en los rotados su eventual sensibilización indirecta al estar expuestos a las sesiones terapéuticas.

En conjunto con el área de Seguridad y Custodia, se realizó el Manual de valoración de la conducta, la calidad y productividad en el trabajo terapéutico de los voluntarios del programa, el cual rige el comportamiento que deberán observar los voluntarios integrantes del programa que nos ocupa; asimismo contempla los ordenamientos de convivencia a los que se sujetarán en módulo o dormitorio, patios, canchas deportivas, cocinas, talleres, aulas, áreas administrativas o en tránsito, así como en cualquier evento cívico, deportivo o social dentro de las instalaciones del penal, estableciendo cómo sus integrantes deberán dirigirse a las autoridades, a los trabajadores, a visitas especiales, a las familias y sus

compañeros. También considera los estímulos y sanciones a que se hará acreedor todo aquel voluntario que cumpla o infrinja un artículo que esté contemplado en el presente, de conformidad con artículos específicos del reglamento interior del Centro.

Al iniciar el programa y en próximos dos periodos de 30 días, le serán otorgados 100 puntos de mérito a cada voluntario, los cuales podrá mantener o irán disminuyendo –demeritando–, cada vez que cometa una falta o indisciplina, la cual será calificada, según su gravedad, por el coordinador y el Oficial de seguridad y custodia presente en esa guardia. Sin embargo, será el Consejo Técnico Interdisciplinario de este Centro quien tenga la última palabra.

Si en el transcurso de un periodo de 30 días el voluntario agotara los 100 puntos de mérito, esto causará baja inmediata del programa y procederá su traslado a otro módulo y/o Centro de Readaptación Social. Si en ese periodo el voluntario solamente disminuyó sus puntos de mérito, entonces se le aumentarán nuevamente a 100 puntos al iniciar el siguiente periodo.

Por lo que, si nos damos cuenta, el Manual de Valoración de la Conducta tiene de fondo una estructura similar al método conductista llamado economía de ficha, aunque no es exactamente igual.

2.-Pedagógica.

Hay proyección de videos educativos e informativos; películas seleccionadas por su contenido acorde a los objetivos del programa; canciones con mensajes reflexivos; ludoterapia (juegos de mesa, material para dibujar o escribir); tareas de actividades pedagógicas y didácticas; taller de reparación de aparatos eléctricos por medio de instructores del bachillerato técnico Centro de Capacitación de Trabajo Industrial (CECATI) No. 34; y nivelación de alfabetización a los voluntarios que así lo requieran. Un cambio en el área pedagógica es que en las primeras generaciones se dedicaba demasiado tiempo a la alfabetización, mientras que en las últimas generaciones se

incorporaron actividades didácticas como círculos de lectura, técnicas de estudio y talleres de computación.

3.-Espiritual.

Hay actividades programadas de Educación en la fe, incluyendo celebración de misa dominical y estudio de la Biblia. Sin embargo, está contemplado en las normatividades en que se basa el programa que existe la libertad de culto. Aunque hasta ese momento los que habían sido autorizados, porque fueron los únicos interesados, son los de la religión católica.

4.-Física.

El área salud física y educación física se desglosa en: Educación Física I (técnicas deportivas); Educación Física II (deporte guiado); Educación Física III (recreación); Terapia de desintoxicación (baño de vapor); Ejercicios en aparatos de gimnasio; controles en la alimentación; chequeo constante de médicos y enfermeros, así como pláticas sobre la salud de esta área. En cuanto a Educación Física cabe señalar que, a diferencia de las sesiones recibidas en el penal fuera del programa aquí el acondicionamiento físico es más fuerte e intenso desde la primera sesión; las técnicas deportivas (entrenamiento en básquetbol, voleibol y fútbol, así como reglas y acondicionamiento) están programadas desde la segunda etapa del programa, es decir, a partir del día 17. Además de que se incluyen pláticas de nutrición y reflexiones en general. Cabe decir que en cada generación se van creando nuevos exhortos, juegos, variantes de ejercicios y variantes de entrenamiento deportivo.

La instrucción de orden cerrado instruye al usuario de este programa sobre cómo moverse y desplazarse formando una unidad cohesionada. Esta instrucción se considera como una escuela de esfuerzo físico, coordinación y disciplina que debe caracterizarse por su marcialidad, seriedad, energía y precisión, la cual se entrena y se practica durante la asistencia de los usuarios a eventos donde son invitados mientras cursan el programa de desintoxicación, incluyendo la ceremonia de su egreso.

5.-Familiar.

Se facilita psicoterapia grupal a familiares de los voluntarios, llevándose a cabo las sesiones en la ciudad de Colima. Se organizan reencuentros familiares —uno cada 15 días—; se dan pláticas del área de Trabajo Social con temática familiar, así como la atención individual de esta área para estar al pendiente de trámites y aspectos de los familiares de los voluntarios.

También, se facilitó psicoterapia grupal a familiares de voluntarios del programa para lograr que estos contribuyeran de alguna manera a la recuperación del voluntario. De inicio, era una sesión quincenal, sin ser obligatoria la asistencia a estas. Después, las sesiones se hicieron una cada semana, lo cual resultó más satisfactorio para los asistentes. Se han notado cambios en los familiares que acuden a psicoterapia grupal en el sentido de que han reducido la frecuencia de platicar información negativa que afecte al usuario, en algunas familias ha mejorado la calidad en la relación padre-usuario, madre-usuario, hermana-usuario. Aunque el apoyo familiar en directo en los reencuentros familiares se considera muy importante en la recuperación de los voluntarios es importante decir que la visita de estos es recomendable aunque no indispensable, es decir, lo ideal es que reciban la visita y el apoyo de los familiares, sin embargo, en lo fundamental, la rehabilitación parte de su propia personalidad, a pesar de que no recibiera visita familiar, como sucede con algunos voluntarios que siguen siendo rechazados por lo que hicieron en su pasado.

6.-Psicológica.

Existen sesiones de psicoterapia grupal e individual. Con el nombre genérico de “Terapia de Relajación” en el programa de desintoxicación, se tiene contemplada una sesión grupal diaria para ser facilitada, aunque dentro de los primeros 15 días se tienen planeadas dos sesiones grupales diarias para lograr más intensidad y mayor calidad en los primeros objetivos, existiendo un rol de terapeutas y/o psicólogos para tal fin. Y las sesiones individuales terapéuticas se programan

de acuerdo a criterio clínico o de acuerdo a solicitudes de los voluntarios.

Los elementos de técnicas psicoterapéuticas más utilizados en sesiones grupales e individuales son:

PNL (Anclajes; colapsamiento de anclajes; metamodelo; manipulación de submodalidades con visualizaciones; reencuadre; metaposiciones; Presupuestos Básicos de la comunicación. "La conducta no es la persona"; Vínculos comunicacionales. Como funcionan los sistemas representacionales en el proceso comunicacional; Técnicas para cambiar estados negativos. Crear y mantener estado de excelencia, para alcanzar objetivos. Estrategias generadoras de nuevas conductas. Aprender a desarrollar la capacidad mental. Creencias y valores; así como el poder de elegir mis nuevas conductas, Autoestima y decisión).

Cognitivo-Conductual (Entretejido cognitivo, reestructuración de creencias, reforzamiento, catastrofismos, entre otros).

Transpersonal (Constelaciones Familiares, ejercicios espirituales acordes a la creencia de cada voluntario, sentido de un Dios personal, sentido de vida o logoterapia, Chi-kung).

GESTALT (Silla caliente, silla vacía, liberación de emociones, resignificación, confrontación, enfoque en el aquí y ahora, manejo de polaridades, fantasía dirigida, sensibilización y contacto, entre otras).

José Abel Saucedo Romero, Luis Vicente Valera Espíndola, Ruth Díaz Alcalá, Julisa Alcaraz Martínez y el autor de este libro, fuimos cinco de los gestores en la planeación y práctica de este Programa coincidimos en haber tenido –o estar teniendo en aquel momento- una formación en Maestría en Psicoterapia Guestalt (en INTEGRO Guadalajara y Colima), siendo el enfoque terapéutico que mayormente utilizamos en las sesiones grupales e individuales con los voluntarios. También, nos unió el hecho de laborar en el Centro Penitenciario donde se desarrolló el programa señalado, habiendo estado los cinco comprometidos con la elaboración

de programas para los talleres de psicoterapia grupal desde que inició el programa.

La Terapia Gestalt nos parece muy adecuada y efectiva al facilitar a los voluntarios a que se sensibilicen, expongan convencidos los problemas que asocian con sus adicciones y se den cuenta de lo que es pertinente hacer para solucionar sus situaciones enfocados a su aquí y ahora.

El organismo humano opera de forma holística y no de forma aislada estímulo-respuesta, es decir, cada hecho, situación o problemática se aborda de manera integral, interesándole el cómo y para qué, no el por qué.

El hecho de que este tipo de terapia se centre en el aspecto vivencial hace poderosa la posibilidad de transformar los fenómenos que experimentan, así como de resignificar su vida a partir de lo que se dan cuenta. Con el fin de reencontrar recursos y herramientas para que el voluntario afronte sus recuerdos y emociones de una manera más útil y beneficiosa para su vida, tendiendo de preferencia a un resultado ecológico en sus medios y resultados.

La Gestalt proporciona técnicas que hemos aprovechado para que los voluntarios liberen emociones, metaforicen sus inquietudes y se concentren en el momento presente como palanca para retroceder o avanzar en el vehículo de su ser. También implica un sentido humanista de servicio a los demás, aunado a que se complementa y enriquece con las aportaciones de enfoques transpersonales-religiosos-espirituales.

Una parte significativa en la terapia Gestalt es comparar al terapeuta con el artista, el cual parte de sus propios sentimientos y utiliza su propio estado de ánimo como instrumento terapéutico en donde se sintoniza con la persona con quien está en contacto y con quien está interactuando de manera que pueda nutrir desde dentro pero también se deberá calibrar para detener y cambiar el poder estar desde afuera permitiendo el flujo natural del consultante y así instalar la aceptación de su responsabilidad.

Desde aquí podríamos señalar que en el caso de las personas su mayor dificultad está en el poder resolver situaciones cotidianas de manera sencilla y que por eso deciden distorsionar su realidad a través de cualquier adicción.

Entonces, en la psicoterapia permitimos que en la visión de vida lo que no se alcanza a percibir de su fondo emerja y tome el lugar correspondiente para ir concluyendo uno a uno de los elementos, del más al menos importante.

Las situaciones que la Gestalt propicia para la dualidad figura-fondo es el concluir asuntos, a través de proponer ir a donde quiera ir la persona en su vivencia real una vez que ésta pertenezca al grupo, sea éste voluntario o involuntario, permitiendo explorar las condiciones de toma de conciencia del contacto, y sobre todo la posibilidad de explorar diferentes oportunidades para experimentar nuevos modos de convivencia para poder restaurar, renovar e influir sobre actitudes y comportamientos autolimitadores.

Los terapeutas Gestalt Polster afirman que para el terapeuta gestaltista no existe el paciente abstracto ni la condición genérica de los pacientes, sino que existe la persona en relación con su esencia social aplicada al esfuerzo de crecer mediante la integración de todos los aspectos de sí mismo.

En el aquí y ahora el voluntario recuerda, resignifica su pasado confrontándolo, y planea el futuro, asimismo, vive su presente para evitar la despersonalización, retoma la presencia del ser, con todo y sus experiencias.

La Gestalt, según Fritz Perls, considera el significado de la agresión como fuerza biológica, e incluso se puede agregar que biopsicoespiritual, si ampliamos el término, es decir, como una función de la autorregulación del organismo para buscar su equilibrio. Entonces, el agresor no tiende a la aniquilación de su objeto. Quiere apoderarse de algo, pero encuentra resistencia, por lo que procede a destruir la resistencia, haciendo que quede intacta la mayor parte posible de la sustancia que le es valiosa. Y es que la agresión tiene un objetivo común con la mayoría de las emociones: no ser una

descarga sin sentido; sino más bien una aplicación de su intención positiva.

Las relaciones existentes entre el individuo y la sociedad y entre los grupos sociales no pueden entenderse sin considerar el problema de la agresión.

Desde la teoría de la Gestalt, el organismo lucha por mantener un equilibrio que continuamente se ve perturbado por sus necesidades y que se recupera por medio de su satisfacción o eliminación. Las dificultades que surgen entre el individuo y la sociedad tendrán como resultado la producción de delincuencia y neurosis.

En su libro "Gestalt de Vanguardia", Claudio Naranjo presenta a Paolo Baiocchi como uno de los talentos de la Gestalt, sobre todo por su experiencia en el tema de las adicciones, así que a continuación citaré parte del artículo 'El trabajo terapéutico en los problemas complejos (en las dependencias y en las compensaciones neuróticas)', escrito por Baiocchi en el libro mencionado:

Todas las dependencias son compensaciones al problema, y no el problema en sí mismo. Las compensaciones se vuelven compulsivas, porque son la forma rápida que una persona tiene de crear placer. El descubrimiento más importante que he hecho –y que es fundamental para comprender la estructura del problema complejo- es que el placer es el mayor anestésico del mundo.

Las personas dependientes, en general, creen que estas consecuencias negativas (perder empleos o el afecto de las demás personas, que su cuerpo esté dañado) son el problema. Las consecuencias no son el problema. Son el precio del exceso que la persona desea vivir. Por supuesto, la gente quiere que el terapeuta le ayude a liberarse de dichas consecuencias, sin dejar de disfrutar de la compensación. En términos gestálticos, la compensación se halla siempre en manos de la parte del 'perro de arriba' o 'mandón', que sigue una lógica de poder que se funda en la matriz instintiva que constituye la base de nuestro ser.

Otro riesgo de equivocar la pista que podría conducir a la solución consiste en centrar la atención en la actitud que tiene el ego del paciente respecto de la compensación tras experimentar el dolor producido por las consecuencias. En este nivel podemos ver la herida narcisista ('no soy perfecto porque…', 'no soporto la existencia…') y la lucha consiguiente contra la compensación y las consecuencias (los alcohólicos deciden dejar de beber, los bulímicos deciden dejar de comer, los laboradictos se juran que dedicarán más tiempo a la familia y a los amigos…). Esta lucha puede adoptar un aspecto omnipotente, en el que el ego disfruta el poder que da el ser

más fuerte que la pulsión interna, o puede conducir a un fracaso depresivo, en el que el ego dimite derrotado; o, en la mayoría de los casos, a una típica oscilación permanente en el que se alternan las dos fases. En este caso, nos enfrentamos con una necesidad narcisista y perfeccionista de mantener el control y de luchar contra las pulsiones internas que, a todos los efectos, se convierten en el placer anestesiante más significativo del paciente.

Nadie sabe, ni siquiera el terapeuta, cuál es el problema real de la persona que presenta el falso problema de dependencia. Yo lo llamaré el problema original, porque la compensación extrae su energía de él. Esto se demuestra por el hecho de que las recaídas tienen lugar especialmente en periodos de crisis y dolor, y por la típica necesidad de incrementar la conducta compensatoria para obtener el efecto de eliminar el dolor (de hecho, el exceso que conduce a las consecuencias se debe a este mecanismo).

El problema original siempre pertenece a 'la parte del perro de abajo' (o 'mandado'), que sigue una lógica afectiva. Esta parte es menos fuerte y poderosa que la 'parte del perro de arriba' (o 'mandón'), porque se basa en un poder afectivo, típico de los mamíferos, que necesitan un lento proceso de maduración en las relaciones; la 'parte del perro de arriba', por el contrario, saca su fuerza de la zona instintiva de nuestro ser, una zona parecida a la de los reptiles que, en términos evolutivos, es más antigua que el poder afectivo de los mamíferos.

Pero, para poder explorar la anestesia y llegar al problema original, es imprescindible en primer lugar:

1.- No dejarse engañar por la naturaleza de la compensación: normalmente, se cree que una persona dependiente es débil, cuando, de hecho, es en la propia dependencia donde dicha persona se haya en la cima de su poder, puesto que experimenta un estado solitario de omnipotencia.

2.- No dejarse despistar por la lucha del ego, que se concentra en los tres niveles en donde no se halla el verdadero problema.

3.- El nivel 1 es el Problema Original, lo afectivo. El nivel 2 es la Compensación. El nivel 3 son las Consecuencias del exceso. El nivel 4 es la Lucha intelectual del Ego.

4.- Atravesar con paciencia los diversos niveles, en los que normalmente encontraremos confusión, anestesia, negación, eliminación y resistencia.

Por su parte, Carpenter Domínguez (2002) menciona que "*La psicoterapia Gestalt facilita que el individuo tome la energía de sus creencias negativas y las aplique a las positivas, y el adicto tiene en abundancia tanto creencias como vivencias destructivas. Y al conocerse más identifica la lucha entre su yo adictivo y su yo sombrío en forma de diálogo interno y así, el yo fortalecido al relacionarse con el medio ambiente aumenta su conciencia o su capacidad de darse cuenta, y de esta forma debilita al no yo o yo adictivo, y cuando el paciente incrementa su darse cuenta día a día en el aquí y ahora, hace fluir su energía para la vida y construye una filosofía de vida basada en ocuparse del presente y de lo que hay en él, experimentando y viviendo intensamente lo cómodo e incómodo tanto en emociones como en situaciones sin evadir, y expresar de forma directa, honesta y oportuna sus sentimientos aceptando ser quien es y dejando de querer ser quien no es, para lograr basarse finalmente en el autoapoyo*".

En concreto, la psicoterapia Gestalt contribuye a la integración del voluntario de forma que vaya tomando

conciencia de sus actos, viviendo el momento de lo que hayan sufrido y desarrollando los valores de responsabilidad, honestidad y respeto. Siendo muy importante el aspecto vivencial de la terapia y el manejo de polaridades, para que después de expresarla venga una resignificación. También, se vuelve relevante el trabajar aspectos del "niño herido", resaltando la creatividad en el aquí y ahora.

Si la persona no reestructura sus raíces familiares, se queda enganchado neuróticamente repitiendo patrones conductuales inadecuados e incoherentes que dificultan el vivir en equilibrio.

En las vivencias de los voluntarios hemos encontrado que ellos, como hijos, desplazan la autoridad parental, lo que ocasiona que surja la culpa en sí mismo, el temor, y obviamente hay un perjuicio en su desarrollo, necesitando una orientación para que le señalen y guíen donde está atorado en el camino. Y es aquí donde el perdón es importante para que la persona devuelva a los miembros de su familia el lugar y función que le corresponden, sin invadir lo que a otro le toca, para no alterar el fluir de la naturaleza de su autorregulación y de las relaciones familiares. Entonces la persona logrará resarcir la culpa y restaurará la figura parental.

Jorge Andujo, Psicoterapeuta Gestalt, cita de Sergio Vázquez Martínez (Fundador de INTEGRO) "***Desde la perspectiva gestáltica, el adicto tiene poco Padre y mucha Madre***", fundamento que explica el manejo inadecuado por parte del adicto de su parte masculina, traducido en defectos de carácter, tales como su evidente ingobernabilidad, manejo inadecuado de su agresividad, entre otras, y desde luego su pobre referencia a un Poder Superior. Lo que lleva a la necesidad de reparentalizar a padre y madre, para poder concebir y sostener el concepto de Padre Celestial.

Fenómenos encontrados en el programa TPVM

Se ha visto el fenómeno interesante de que aproximadamente la tercera parte de los 20 (y a veces hasta más) voluntarios de cada generación afirman haber sido objeto de abuso sexual o violación en sus primeros 15 años de vida.

Son notables los conflictos con las figuras de autoridad que en su momento representan los Oficiales de Seguridad y Custodia, así como el personal técnico (Trabajadoras Sociales, Pedagogo, Médicos, Enfermeros, Educador Físico) que les imparte sesiones grupales o atenciones individuales. Creemos que esto está relacionado con los conflictos que tuvo con las figuras parentales o tutoras, refiriendo frecuentemente haber tenido un padre (o similar) abusivo, violento y drogadicto, así como una madre (o similar) sumisa y sobreprotectora. Es frecuente que la educación recibida haya sido sin responsabilidad parental, recayendo ésta en familiares como abuelos, tíos, primos, entre otros. En la totalidad de los hogares de los voluntarios existió violencia física y psicológica; pobre comunicación familiar, algunos de ellos fueron abandonados o expulsados por sus padres. Generalmente estos individuos fueron catalogados como "la oveja negra" de la familia, lo que generaba frecuentes descalificaciones, carencias afectivas y sentimientos de inferioridad. Así mismo, consideramos que de 30 a 40% de los voluntarios son diagnosticados de proceder de familias conflictivas y disfuncionales y dependencia de sustancias por parte de una o ambas figuras parentales.

Lo que deriva en que el individuo desarrolle problema de identidad, inexistencia de sentido de vida, control bajo de impulsos, baja tolerancia a la frustración, falta de capacidad de demora, pérdida de fe en la religión que le inculcó la familia, sentido de autocastigos, necesidad de agradecer, perdonar y ofrecer disculpas a una o más personas relevantes de sus traumas. Es relevante también el superar duelos, apegos emocionales con personas importantes en su vida (vivas o muertas), pobres raíces familiares y resignificar la tríada padre-madre-hijo.

De igual manera, otras características de los voluntarios, de manera general, es su inestabilidad de pareja, la falta de contacto emocional, alto egocentrismo y soberbia, dificultad para recibir afecto por pobre sensibilidad, uso de mecanismos de retroflexión al consumir drogas, proyección en sus comentarios, vivencia frecuente en el papel de víctima,

presentando dificultad aceptar que se equivocaron y tardando meses en aceptar y perdonar a su padre, así como reconocer

que su madre también tiene su parte negativa. Y en cuanto a las peculiaridades psicosociales que traen los voluntarios antes de ingresar al programa se tiene: historial de conductas parasociales (tatuajes, consumo de drogas, faltas administrativas, etc.) y antisociales (delitos, daños a objetos o personas); bajo y/o nulo nivel de escolaridad; dependencia de una o más de una sustancia psicoactiva.

Como facilitadora en varias generaciones de este Programa de Desintoxicación, la terapeuta Gestalt Ruth Díaz, reflexiona: "*El rescate de los lazos familiares a través de los reencuentros programados en el programa, ha sido un puente muy importante para el manejo del perdón (la capacidad de dar, ofrecer y tomar), siendo este evento un punto fundamental en el darse cuenta que obtuvo de su familia (introyectos, dependencias y patrones conductuales), para poder pasar a la modificación aplicada, ya sea con las personas que conviven o en su ventaja con las que pronto reiniciará su reincorporación a la vida. Ya que en alguno de los casos la familia del participante debido a las heridas emocionales, no quiere o no se puede integrar, he aquí entonces un punto importantísimo para poder verificar la necesidad no cubierta al inicio de la vida y por consiguiente resignificar sus carencias y vivencias*".

Algunos preguntarán por los resultados de este Programa. Pues, como ya dije al principio, fuimos vanguardia nacional, los ojos estuvieron puestos en el Programa 'Tú Puedes Vivir Mejor', se promovió este Programa en varios Congresos y Foros nacionales de México, en nuestro estado (Colima) nos brindaron reconocimientos. Y en cuanto a estadísticas, a muchos años de distancia, fueron variando relativamente. Lo que yo pude observar y calcular es que un 25% de los farmacodependientes participantes tuvieron cambios significativos o profundos; el 50% cambios escasos o mínimos; y el otro 25% no tuvieron cambios y hasta recayeron en el consumo de drogas después de pocos días o semanas de haber egresado de este Programa y, además, algunos de estos cometieron algún otro delito y regresaron a prisión.

Cuenta mucho el seguimiento personal que los inculpados dan a su farmacodependencia, después de haber egresado de este Programa, o de cualquier otro. Los que más blindados están son los que se incorporan a alguna práctica religiosa o espiritual, los que recuperan relaciones familiares, los que valoran acudir a un grupo de autoayuda en el exterior como los Alcohólicos Anónimos, y los que superaron uno o más traumas psicológicos que los atormentaba en su vida.

En aquellos entonces que se aplicó este Modelo de Programa de Desintoxicación, diferente a los que se conocían como el Modelo Minnesota que aplica Oceánica, y los Anexos con sus nexos con los Programas de Alcohólicos Anónimos.

De abril de 2005 a abril de 2007, en el CERESO de Manzanillo se desarrollaron 7 generaciones de 20 usuarios participantes cada una. El modelo de tratamiento fue público y mixto, basado parcialmente en el modelo Minnesota.

La cuarta generación tuvo un toque especial: desarrollada de febrero a mayo 2006, estuvo conformada por 18 presos del CERESO de Manzanillo y por 2 presos del Penal Mil Cumbres de Querétaro, quienes llegaron de traslado desde ese Centro penitenciario y al final de esta generación fueron retornados a ese lugar para que siguieran purgando su condena.

Enlaces de videos del modelo TPVM

*Programa Integral de Rehabilitaciòn Carcelaria (2005):

https://www.youtube.com/watch?v=fcU6QPCHmZw

*Programa 'Tù Puedes Vivir Mejor' 2006:

https://www.youtube.com/watch?v=UxdRSLdACDA&t=2s

*Conferencia en Facultad de Psicología de la Universidad de Colima (2006): ‘Impactos de la psicología y psicoterapia aplicadas en un programa integral de rehabilitación penitenciaria’:

https://www.youtube.com/watch?v=SXbDoteHm6k

Enlaces de videos del modelo TPVM como referencias consultadas:

*Programa Integral de Rehabilitaciòn Carcelaria (2005):

https://youtu.be/fcU6QPCHmZw?si=tlIzUXihQSvC-T2e

*Programa 'Tù Puedes Vivir Mejor' 2006:

https://youtu.be/UxdRSLdACDA?si=ysIsWPjJ8qpnPCYO

*Conferencia en Facultad de Psicología de la Universidad de Colima (2006): 'Impactos de la psicología y psicoterapia aplicadas en un programa integral de rehabilitación penitenciaria':

https://youtu.be/SXbDoteHm6k?si=nu1K1BbPPEPGccdw

Fuentes y referencias consultadas:

Andujo, Jorge (2009). Habilidades básicas para el abordaje terapéutico de las adicciones. Curso-Taller impartido en la ciudad de Colima.

Baiocchi, Paolo (en Naranjo, Claudio, 2003). Gestalt de Vanguardia. México: Lumen

Feldman, Fanny (2010). Escuela Y Prevención de las Adicciones. Antología. Editorial Trillas. (Trauma y Consumo de Drogas Van de la Mano. Publicado originalmente como artículo de la Revista Liberaddictus.org No. 61, México

Fernández, C. (2006). Habilidades para la vida. Guía para educar con valores. México: CIJ (Centros de Integración Juvenil)

Ley General de Salud (México):

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

Norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Recuperado de:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-028-SSA2-2009%20Tratamiento%20y%20control%20de%20adicciones.pdf

Saucedo Romero, José Abel; Valera Espíndola, Luis Vicente; Díaz Alcalá, Ruth; Alcaraz Martínez, Julisa; Martínez Bernal, Juan Carlos. Reflexiones de un programa integral de rehabilitación en un centro penitenciario. Año 3, vol. V agosto-diciembre 2010/Year 3, vol. V August-December 2010. Recuperado de:

https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5255895.pdf

***NOTA IMPORTANTE:**

Gracias al MC. José Abel Saucedo Romero por su ayuda y autorización en esta labor de compartir las siguientes imágenes:

Equipo TU PUEDES ¡VIVIR MEJOR!

1:20:07
MAY. 7. 2005

TU PUEDES

Reclusos del Cereso Finalizan Programa de Desintoxicación

● Cavazos: El programa "Tú puedes vivir mejor" es una ayuda para que los internos dejen de consumir drogas ● Todo empieza desde la familia, dice el mandatario

El mandatario estatal, Silverio Cavazos Ceballos, estuvo presente en el término del programa de desintoxicación de 20 reclusos, denominado "Tú puedes vivir mejor", asimismo, en el inicio de otros 20 que inician el programa.

Cabe destacar que en este evento se contó con la presencia de Luís Rodríguez Manzanera, maestro en Criminología y experto de Naciones Unidas, Juan José Pedroza Tovar, quien es el director de Readaptación del Estado de Querétaro, el secretario de Gobernación, Juan José Sevilla Solórzano, entre otras personalidades.

Al inicio del evento, los 20 internos que inician el programa el día de hoy, expresaron por qué están recluidos, manifestando, en su gran mayoría, que es por consumo y venta de estupefacientes. Poco después se realizó la quema de camisas, donde cada uno pasa a depositar su ropa y toma una nueva camisa que simboliza su nueva vida.

Durante su intervención, el gobernador del estado señaló que este programa es más que nada una ayuda que se les da a los internos para salir del problema de drogas, y explicó que parte de la ayuda primordial se debe proporcionar desde la casa, que es donde las personas aprenden los valores.

Silverio Cavazos resaltó que los internos que hoy terminan el programa "son personas valientes, las cuales merecen el reconocimiento en primer lugar, por haber aceptado el reto de estar dentro del programa, y en segundo, por la perseverancia de soportarlo".

Aseveró así el ejecutivo, que el gobierno del estado seguirá apoyando este tipo de programas en pro del bien de los internos de los ceresos.

Por su parte, el maestro en Criminología y experto de Naciones Unidas, Luis Rodríguez Manzanera, indicó que en ninguna parte del mundo, ni siquiera en Estados Unidos, donde se da por parte del gobierno una buena suma de dinero para los centros de rehabilitación, haya un programa de este tipo que se preocupe por la rehabilitación de sus internos. *Javier Palacios*

Estado de Colima

A Nivel Nacional e Internacional, Ejemplo en Materia Penitenciaria

Colima, es un ejemplo a nivel nacional e internacional en materia penitenciaria, afirmó el Presidente de la Asociación Mexicana de Criminología y Experto de Naciones Unidas, Luis Rodríguez Manzanera, quien acompañado del gobernador Jesús Silverio Cavazos Ceballos fue testigo de la graduación de la cuarta generación y toma de protesta del quinto grupo de voluntarios del programa "Tu Puedes Vivir Mejor".

Dicho acto tuvo lugar en el Centro de Readaptación Social de Manzanillo, en donde el titular del Poder Ejecutivo, manifestó que en materia de drogadicción falta mucho por hacer, pero también se ha hecho mucho y la graduación del grupo es una muestra de ello.

El mandatario estatal indicó que es satisfactorio saber que en la reclusión se reflexiona, que no únicamente se piensa en salir para volver a delinquir, sino que se hacen introspecciones para darse cuenta que por error, mala influencia o hechos circunstanciales cometieron un delito.

Cavazos Ceballos reconoció la valentía de los reclusos que quemaron sus camisas como un símbolo de que se quiere dejar atrás una vida que no fue conveniente, ni para ellos, ni para su familia, y se quiere abrazar una nueva esperanza.

SIGUE EN LA PAGINA

Se gradúa la sexta generación del programa de desintoxicación

Elvira Romero

Notiecos/Colima.- El pasado lunes se llevó acabo la graduación de la sexta generación del programa de desintoxicación *Tu puedes vivir mejor*, en las instalaciones del Centro de Readaptación Social de Colima.

Se graduaron 58 internos, 20 del Centro de Readaptación Social de Manzanillo y 38 del Cereso de Colima; en el evento también se entregaron 13 constancias a igual número de monitores por su labor y empeño en pro de la formación de los graduados. Asimismo se entregaron constancias de participación a 19 voluntarios por haber terminado el taller a nivel de diplomado denominado *Mediación entre pares penitenciarios*.

Se entregó el anteproyecto de *Barrio saludablemente* al secretario general de Gobierno, mismo que tiene como objetivo que los miembros de barrios o comunidades cuenten con habilidades que les permita solucionar problemas.

Con ello se logrará concienciar a la gente de la importancia de enfrentar las situaciones complicadas de forma pacífica.

Jorge Pesquería Leal, conferencista y pionero en el desarrollo de la Mediación en México, mencionó que el programa de desintoxicación es una buena herramienta para salir del problema de las adiciones, "sabemos lo difícil que es continuar adelante cuando lamentablemente las drogas los atrapan, sin embargo, ustedes han constatado el compromiso del sistema penitenciario, el compromiso del personal que ha laborado día con día con ustedes para que el día de hoy se convierta en realidad ese sueño acariciado, y que lamentablemente por sí mismos no podrían superar".

En su intervención, José Abel Saucedo Romero, director general de Prevención y Readaptación Social del Estado, mencionó que una parte de la población piensa que en los centros penitenciarios sólo existe inmundicia y esterilidad; sin embargo, dijo que en el Cereso se cuenta con 268 seres humanos de buena evolución que se encuentran integrados en el programa.

Se contó con la presencia del secretario general de Gobierno, Juan José Sevilla Solórzano, y el padrino de la generación, el doctor Jorge Pesquería Leal, presidente ejecutivo del Patronato para la Reincorporación Social de Sonora y presidente del Instituto de Mediación de México A.C.

4.- EL MODELO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Ninguna Comunidad Terapéutica se parece a otra. Sus culturas evolucionan de manera única, como si se tratara de comunidades separadas, auto-contenidas. Además de las diferencias más obvias debidas a los diferentes tipos de personas que acuden a ellas, a la experiencia del personal, la edad del programa, tamaños, y recursos, las diferencias en las creencias y el estilo de liderazgo podrían también evolucionar. A pesar de que las Comunidades Terapéuticas tradicionales tienen más puntos en común que diferencias, un sencillo marco teórico no puede integrar todos estos importantes matices en la cultura, práctica, filosofía, y aplicación de la psicología.

George de Leon (2004)

Hasta antes de 1990, México se caracterizó, para el tratamiento de adicciones diferentes del alcoholismo, por tener las alternativas del Anexo y del método Minnesota.

El método Minnesota (como Oceánica y otras clínicas privadas) es un programa muy corto, en algunos casos de 40 a 60 días donde la primera parte del proceso es de desintoxicación y la segunda parte del proceso es un enganche a un programa de alcohólicos o narcóticos anónimos y un seguimiento para la persona que estuvo allí.

El Anexo es un programa de gente que está interna y que trabajan toda la metodología de alcohólicos anónimos por eso trabajan con las tribunas ¿y qué es lo que sucede? el problema

del anexo es que la gran mayoría de los que pasan por el anexo se quedan a vivir en el anexo, no tienen proyecto de vida, no construyen proyectos evidentes, no salen. Entonces quedan como servidores aquí. Y digamos que, más que piramidal, se diría que es vertical, donde hay uno en la cima que determina todo. Pero, para trabajar con adicciones hay que estar capacitados. Donde se desvirtúa por completo el anexo es cuando agreden a la persona cuando en el anexo humillan a las personas (Sierra, 2020).

Es hasta la década de 1990 que empiezan a surgir las Comunidades Terapéuticas en México y otros países de América Latina.

Importancia de las Comunidades Terapéuticas

George De Leon (2020), la mayor autoridad mundial sobre el modelo de Comunidades Terapéuticas, menciona que: la evolución de la Comunidad Terapéutica (CT) contemporánea para las adicciones en los últimos 50 años puede caracterizarse como un movimiento desde lo marginal a lo general en el tratamiento del abuso de sustancias y los servicios humanos. Actualmente, las CT atienden a una amplia gama de clientes y sus diversos problemas; gracias a los avances en la investigación sobre los resultados del tratamiento, se ha reestructurado la composición del personal, se ha reducido la duración del tratamiento residencial, se han redefinido los objetivos del tratamiento y, en gran medida, se ha modificado el enfoque de la terapia en sí.

Según el Glosario de Términos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), Comunidad Terapéutica (*therapeutic community*) es definida como un entorno estructurado en el que viven personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para lograr su rehabilitación.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, en su punto 3.11, Comunidad terapéutica es un contexto y un método de tratamiento que busca la rehabilitación de adictos a través de la modificación en el estilo

de vida y del cambio de identidad personal. Se sustenta en la ayuda mutua y en la interacción comunitaria. Puede ser operada por personal de adictos en recuperación, por profesionales o por personal mixto.

La Comunidad Terapéutica (C.T.) es una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de drogadictos. Es, sin duda, la que mejores resultados ofrece para un determinado perfil de drogadicto, pero desaconsejable para otros. Es necesario proceder a una estricta selección del candidato que entrará en una C.T. para lo cual deben establecerse criterios claros en admisión (Goti, 2009).

En general, las C.T. son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces. Los miembros de la CT interactúan en maneras estructuradas y no estructuradas para influir en las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas (Chu, 2011).

Por otra parte, desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el abuso de drogas es un trastorno de la persona en su totalidad. Normalmente se observan problemas cognitivos y conductuales, así como las perturbaciones del estado de ánimo. El pensamiento suele ser poco realista y desorganizado; los valores están confundidos, son inexistentes o antisociales. Frecuentemente, encontramos déficits en las habilidades verbales, de lectura, escritura, y mercantiles. La “bancarrota” moral y espiritual es evidente, descrita tanto en sentido psicológico como existencial (de Leon, 2004).

También, desde la C.T., los factores sociales, familiares y psicológicos se identifican como las fuentes primarias del trastorno de adicción. Es decir, la clave es tratar a la persona, no la droga. Pero tratando a la persona con la carga que trae en esos contextos.

En la C.T. se dan las condiciones para que los residentes tengan un proceso de crecimiento personal acompañado de un proceso de aprendizaje social. En dicha CT no se está para curarse, se está para transformarse, superarse como persona, aprender de otros y reinsertarse socialmente, habiendo demostrado en lo cotidiano manejar adecuadamente sus emociones, mejorado sus vínculos familiares y mostrarse ético y productivo en las labores que se le asignan, que es la meta para el residente.

Los contactos de los residentes con el mundo exterior van ampliándose progresivamente desde el completo aislamiento inicial hasta la reinserción social total. Cada uno de los contactos con el mundo externo son producidos, debidamente analizados, supervisados y evaluados desde la comunidad. Nada se deja al azar.

Por lo general, los sujetos con trastornos psiquiátricos graves previos a la drogadicción no pueden ser sometidos a la fuerte presión de una C.T. Tampoco se admiten discapacitados intelectualmente, con lesiones cerebrales, sujetos muy violentos, o con importantes deficiencias físicas.

Las C.T. se han expandido por todo el mundo, siendo en la actualidad la modalidad de rehabilitación de drogadictos que más índices de recuperación tiene, calculándose que más del 20% de los adictos en tratamiento lo hacen actualmente en C.T. (Goti, 2009).

La OMS (1953) reconoció al movimiento de Comunidades Terapéuticas como instituciones hábiles para la rehabilitación de drogadictos.

Existe además una Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas que agrupa C.T. de más de 50 países.

Las comunidades terapéuticas a largo plazo (10 a 12 meses de duración) demuestran resultados definitivos más favorables, al compararlas en varios estudios con las comunidades a corto plazo (3 meses) (Aron y Daily, 1974; Coombs, 1981).

La Comunidad Terapéutica es una metodología, probada y eficiente, que ha sido adoptada por una cierta base de dispositivos en diferentes partes del mundo y con diferentes perfiles de personas, y que sólo espera su oportunidad para lanzar una potente ayuda a otras metodologías más tradicionales (NIDA, 2003; Abeijon y Pantola, 2002).

Tipos de Comunidades Terapéuticas

Se pueden hacer diferentes clasificaciones de las mismas. Una primera gran división es la de C.T. públicas y privadas. Esta primera clasificación basada en cuál es el ente propietario de la institución, no exige mucha explicación.

C.T rurales y C.T urbanas. Considerando dónde están ubicadas.

C.T profesionales, de exadictos y mixtas. Tomando en cuenta por quien están operadas.

Para complicar un poco el panorama, se ha producido el fenómeno de exadictos con formación universitaria y de profesionales reciclados para operar con las técnicas normativas del exadicto. Esta situación hace muchas veces muy difícil decidir cuándo un operador está en funciones de profesional-ex adicto o de profesional tradicional.

C.T. religiosas y no religiosas, según que incluyan o no dentro de sus valores fundacionales un determinado credo religioso. Las C.T. han incluido en mayor o menor medida en sus códigos axiológicos valores espirituales y la creencia de un Ser Supremo, se lo identifique o no con alguna religión formal. Esto implica que para hacer esta clasificación en religiosas y laicas debemos determinar si hay o no inclusión de una religión con su liturgia y rituales.

C.T. democrática y C.T. jerárquica La primera es también llamada de salud mental o psiquiátrica y es la C.T. clásica de Maxwell Jones, familiar para los profesionales de la especialidad. En cambio, la C.T. jerárquica es el modelo desarrollado por Charles Dederich en Synanon.

Existen C.T. gratuitas y C.T. privadas. Dentro de las gratuitas, tenemos a las que ofrecen sus servicios dentro de prisiones.

También podemos distinguir entre el enfoque del tratamiento y el género de pacientes con el que trabajan:

Masculinas. En estas comunidades conviven solo hombres y tienen un enfoque de tratamiento androcentrista. En la actualidad, este perfil de paciente cuenta con la mayor oferta de centros públicos y privados.

Mixtas. En ellas reciben tratamiento tanto hombres como mujeres, aunque la metodología de trabajo está basada en estudios sobre pacientes masculinos y no se abordan las diferencias asociadas al género. En estos lugares las mujeres representan una minoría y tienen mayor tasa de abandono voluntario del tratamiento.

Además, existen CT con usuarias femeninas e inclusivas para personas trans.

Etapas de Tratamiento en la Comunidad Terapéutica

En general, el tratamiento en la C.T. se puede dividir en tres etapas principales:

Etapa 1. La inducción a la C.T. Típicamente ocurre durante los primero 30 días para asimilar a la persona en la C.T. El residente nuevo aprende las políticas y los procedimientos de la C.T.; establece una relación de confianza con el personal y los demás residentes; con ayuda inicia una evaluación personal de sí mismo, sus circunstancias y necesidades; empieza a comprender la naturaleza de la adicción; y deberá comenzar a comprometerse con el proceso de recuperación.

Etapa 2. El tratamiento con la metodología de la Comunidad Terapéutica a menudo utiliza un modelo estructurado a través de niveles progresivos de actitudes, comportamientos y responsabilidades pro-sociales. La C.T. puede utilizar intervenciones para cambiar las actitudes, las

percepciones y los comportamientos de la persona relacionados con el uso de drogas y dirigirse a sus necesidades sociales, educacionales, vocacionales, familiares, y psicológicas.

Etapa 3. La reinserción social. Intenta facilitar la separación de la persona de la C.T. y su transición exitosa a la sociedad en general. Un graduado de una C.T. pudiera dejar el programa libre de drogas y con un empleo o habiendo regresado a la escuela. Los servicios después del tratamiento residencial pueden incluir consejería individual y familiar y asesoramiento vocacional y educativo. A menudo, el tratamiento en la C.T. incorpora a los grupos de auto-ayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, y anima a los residentes de la C.T. a que participen en estos grupos después del tratamiento.

Es la etapa de la realidad. Esta es la más difícil en el largo camino de la rehabilitación de la drogadicción en C.T. El residente debe salir del medio protegido de la comunidad, donde ya era alguien y donde recibía, aun sin pedirlo, el amor y la ayuda de sus hermanos. Debe encarar el mundo exterior que él recuerda como hostil e incoherente. Debe enfrentar temas prácticos cotidianos.

Según De León (1995, en López Goñi, 2005), ***los 12 criterios que tiene que contener una comunidad terapéutica son:***

1.- Duración planificada del tratamiento. La duración está planeada de acuerdo al plan de tratamiento.

2.- Aislamiento de la comunidad. El usuario se mantendrá lejos de la comunidad exterior en todo el día, las semanas o meses necesarios.

3.- Actividades en comunidad. La mayoría de las actividades se planifican para la participación de varios o de todos los usuarios de la comunidad.

4.- Roles y funciones del personal. Independientemente del rol profesional o de usuario residente, todos son miembros que se ayudan mutuamente, además de respetar la jerarquía.

5.- Los residentes como modelos a seguir. Los residentes que son modelos a seguir para los recién llegados, tienen incorporados los valores de la CT y los practican, en una congruencia que es importante ejemplificar a los que aspiran a una meta así. Por ejemplo, los Hermanos Mayores y usuarios con jerarquía que suelen tener ya mucho tiempo de residencia.

6.- Día estructurado. La CT contará con un cronograma de actividades en el que se distribuirán actividades variadas durante todo el día, de acuerdo a la etapa en que se esté de la metodología de la CT.

7.- Labores como terapia y educación. Todas las labores que realizan los usuarios dentro de la comunidad conllevan responsabilidad, civilidad, solidaridad, respeto y aprendizaje.

8.- Visión de recuperación y vida correcta. La rehabilitación del consumo de drogas va acompañada de una reinserción social que se refleja en su comportamiento presente y en los valores aprendidos y que practica dentro de la comunidad.

9.- Grupos de reunión entre residentes. Aumentar en cada paciente la identificación y transformación de patrones conductuales y actitudes relacionadas al consumo de drogas, aprovechando el aprendizaje social dentro de las reuniones grupales.

10.- Entrenamiento de conciencia. Incrementar la conciencia en el usuario sobre las consecuencias, impactos y repercusiones de sus anteriores conductas y actitudes en sí mismo y en su amplio entorno social.

11.- Entrenamiento de crecimiento personal. Educar e instruir a los usuarios a la gestión adecuada de sus emociones para tener mejores conductas y actitudes.

12.- Continuidad de la atención. La CT tiene que ayudarse de una red externa para que el egresado siga creciendo en su persona.

Ríos Mejía (2013) dice que el usuario en la CT se ubica como protagonista y no como paciente en su proceso de cambio. Además de que la interacción grupal y la Presión Artificial buscan responsabilizar al usuario de las consecuencias individuales y sociales de sus comportamientos y movilizar sus conflictos para que, al ser evidentes, sean identificados y abordados terapéuticamente. Y que, finalmente, la CT funciona como una familia sustitutiva, ofreciendo al residente la posibilidad de crecimiento en un ambiente seguro.

El profesionalismo en las CT

Una de las ventajas de las CT respecto a otros modelos de tratamiento en adicciones es que en ellas los orientadores son profesionales en sus ramos: psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, médicos, enfermeros, consejeros en adicciones, etcétera.

La consejería en adicciones es el proceso de acompañamiento que facilita el progreso del usuario en el tratamiento y la rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; establece metas y objetivos, además aplica actividades y ejercicios terapéuticos. En los últimos años se ha impulsado un proceso de capacitación por parte de instancias académicas y gubernamentales para lograr que el consejero, que labora en los establecimientos residenciales, obtenga un "certificado" que le permita mantener e incrementar los estándares de calidad en los servicios de atención que proporciona al usuario, sus familias y otras personas significativas.

En nuestro país, existe el Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en Adicciones, creado por la Secretaría de Salud de México en 2010 con apoyo de la CONADIC y el CENADIC para contribuir a la mejora de la calidad de los servicios residenciales de tratamiento y rehabilitación de las adicciones en nuestro país, desarrolló la Norma

Institucional de Competencia Laboral, CENCLIN 2011/007 (Brindar consejería en adicciones en establecimientos con modalidad residencial), la cual delimitaba la práctica de la consejería en establecimientos con modalidad residencial; sirviendo como referente para la evaluación de las personas que brindan atención en consejería en adicciones. Además de desarrollar el Estándar de Competencia EC0548 Consejería en adicciones (Villaseñor, 2023).

El Hermano Mayor

La influencia del exadicto modelo (conocido como Hermano Mayor) se ejerce en el nivel de la conducta por un lado y de los mecanismos de identificación por otro. Influye también en la construcción de la autoestima al comprobar el residente que tiene posibilidades reales de cambio. Simultáneamente le muestra en qué dirección debe dirigirse. Los exadictos hacen un aporte básico imprescindible a la C.T. Le traen su experiencia vivencial del mundo de la drogadicción desde adentro. Ellos son el testimonio vivo para el recién llegado de que puede y de que vale la pena el esfuerzo.

El Hermano Mayor asciende también en jerarquía y se le asignan roles relacionados con el cuidado de los hermanos "menores" (los demás usuarios).

El Hermano Mayor ha experimentado y entendido bien que es el amor responsable, el saber ser compasivo, solidario, honesto y responsable consigo mismo y con los demás. Es decir, que cuanto más crece, más puede ayudar y ser ayudado. Y eso sirve de ejemplo para los demás residentes.

Tanta es la importancia de los hermanos mayores hoy en día que hay pocas C.T. que no cuenten con la presencia del exadicto entre su staff.

Las sanciones en la Comunidad Terapéutica

En C.T. la sanción tiene una característica que la hace muy especial: se sanciona lo que la persona hace: nunca se sanciona a la persona. Este ítem es crucial, pues alrededor de él se articula todo el sistema normativo de la C.T.

En CT. se habla de situaciones de aprendizaje y no tanto de sanciones o castigos, ya que las mismas son aplicadas desde una finalidad terapéutica y apuntan siempre a que el residente salga de las mismas con una mejor comprensión de la actitud y/o conducta negativa por la cual dicha situación le ha sido impuesta.

Los límites a las conductas están seriamente reforzados sobre la base de que los adictos necesitan aprender a autocontrolarse y a vivenciar la seguridad de un mundo firme y ordenado.

El adicto vive, en general, socialmente marginado. Su modo de funcionar en sociedad es anárquico, sin reconocer la autoridad, incluso desafiándola. Nunca aprendió de sus errores anteriores, sino que se sintió incomprendido. Deberá entonces transitar en la CT en pocos meses lo que hubiera debido hacer en muchos años en la sociedad.

Las posibilidades de recaídas son inversamente proporcionales a la educación que pudo lograr.

La importancia de lo Grupal en las Comunidades Terapéuticas

Los grupos clínicos (por ejemplo, encuentros y retiros en grupo) usan una variedad de enfoques terapéuticos para dirigirse a los problemas importantes de la vida.

Las reuniones en comunidad (por ejemplo, reunión matutina y diaria, y las reuniones generales) revisan los objetivos, los procedimientos y el funcionamiento de la CT.

Al trabajar en un grupo de encuentro se desarrollan buenos hábitos de trabajo en equipo, para acrecentar la cohesión grupal. Simultáneamente a través del grupo se ejerce la presión de los pares, se practica la autoayuda, se incorporan modelos, etc.; la trama es intrincada.

En C.T. hay siempre un reconocimiento externo por lo logrado que funciona como refuerzo o estímulo. La evaluación

propia y grupal de los logros y su reconocimiento desempeñan un papel fundamental en la construcción de la autoestima.

Se ha comprobado que la terapia de grupo resulta particularmente eficaz en el tratamiento de personas adictas al alcohol o a las drogas (Kooyman y Esseveld, 1984). Dentro de la comunidad el principal elemento terapéutico es el grupo de encuentro. Estos encuentros pueden ser considerados como una forma de psicoterapia de grupo intensiva.

8 factores importante en la dinámica de un grupo en C.T.

Puesto que la terapia de grupo viene a ser el elemento principal dentro de las comunidades terapéuticas, en ellas están presentes los factores positivos de las terapias de grupo (Hollidge, 1980, en Kooyman, 1996):

1.Infundir esperanza

En la comunidad terapéutica se explica al residente que puede cambiar. Pero tal cambio no es posible sin que se originen conflictos; donde no hay conflictos no se da estímulo para el cambio. En el clima de una comunidad terapéutica en el que a ninguno se ve jamás tan desesperanzado y en el que a la persona en cuestión se le estimula a hacer uso de sus potencialidades, resulta posible eliminar los sentimientos de desesperanza e inutilidad.

2. Sentimientos de proximidad

La confrontación con los problemas de los compañeros residentes hace que dichos problemas ya no sean únicos. El reconocimiento de la situación de los otros engendra confianza y esperanza.

3. Altruismo

La mayoría de los adictos creen que no tienen valor alguno para los demás. Ayudando a los otros, con compasión y amor responsable, sus sentimientos de autoestima se ven reforzados.

4. Socialización

En lugar de la conducta manipuladora que desplegaba el adicto a fin de satisfacer sus necesidades propias, el residente aprende nuevas habilidades de comunicación.

5. Desarrollar cualidades interpersonales y compartir la información

El residente aprende a expresar y a aceptar la crítica. El intercambiando de experiencias adquiere la introspección necesaria sobre su propia conducta. De esta forma, comprueban la realidad mucho mejor.

6. Cohesión del grupo

Es preciso desarrollar los sentimientos de pertenencia al grupo a fin de eliminar los sentimientos subyacentes de que no se les acepta.

7. Revivir situaciones de la familia de origen

Una comunidad terapéutica hace de nueva familia en la que se pueden experimentar esperanzas positivas. La experiencia de cercanía humana dentro del grupo les trae a los usuarios a la mente el dolor por lo que se les ha negado de niños. Una vez que la antigua y dolorosa situación se ha trabajado emocionalmente, el participante puede disfrutar de la proximidad física y emotiva (Casriel, 1971).

8. Identificación

Queda atrás la antigua identidad y se produce una nueva y positiva que incrementa su autoestima, su introspección y su confianza. El principal objetivo de una comunidad terapéutica es fomentar el crecimiento personal. Este se alcanza mediante el cambio de un estilo de vida individual a otro comunitario de personas interesadas, que trabajan unidas para ayudarse a sí mismas y a las demás.

Factores terapéuticos de la comunidad terapéutica para adictos

Se pueden resumir las características de la comunidad terapéutica para adictos del modo siguiente (Kooyman, 1996):

1. La familia sustitutiva

La comunidad es un nuevo sistema primario. Las comunidades terapéuticas proveen de una familia sustitutoria a una población cuyas experiencias previas en su vida familiar han sido con frecuencia insatisfactorias. En la CT, como su "nueva familia", el adicto aprende a respetarse a sí mismo y a los demás. Aprende, además, a dar y recibir amor y afecto.

2. La filosofía consistente

Se tienen filosofías y valores consistentes con las etapas del modelo de comunidad terapéutica, las cuales se mencionan constantemente y se cumplen, Esto impacta en una mejor integración grupal.

3. La estructura terapéutica

Dentro de la comunidad terapéutica, el ambiente se encuentra estructurado al modo de una mini-sociedad en la que los residentes aprenden a asumir responsabilidades y a responder al estrés de un modo positivo, mediante el cumplimiento de reglas y tratamiento terapéutico. Esto está estructurado con límites precisos, tanto morales como éticos. Hace uso de sanciones y castigos comunitariamente impuestos, lo mismo que de una mejora merecida de estatus y privilegios, como parte del proceso de recuperación y maduración.

4. Equilibrio entre democracia, terapia y autonomía

La democracia en la sociedad quiere decir que existe un medio de delegar poder en todas las personas, de hacer posibles algunas de las decisiones mediante la mayoría y de resolver conflictos.

Dentro de la comunidad terapéutica resulta obligatoria la terapia. El residente no puede elegir entre tomar parte o no.

La autonomía del individuo está limitada por el hecho de formar parte de un grupo.

5. Aprendizaje social mediante interacción social

El residente no puede aislarse a sí mismo dentro de la comunidad terapéutica. Ha de ser activo en su implicación y así recibe continuamente comentarios sobre su conducta y actitudes. Los antiguos residentes sirven de modelos para los más recientes (Comberton, 1986).

A través del feed-back mejora la introspección de su propia conducta. Aprende a hacer elecciones y a aceptar las consecuencias de las mismas.

6. Aprendizaje a través de crisis

Se fomenta el aprendizaje a través de una experiencia en situaciones de crisis. Se puede entender a la luz de la teoría del aprendizaje social de Erikson. Para él, la madurez sobreviene al soportar una serie de crisis conducentes a la desorganización, seguidas de una reintegración a mayor nivel, tras haber sido dominada la situación de crisis (Erikson, 1963).

7. El impacto terapéutico de todas las actividades dentro de la comunidad

Cualquier cosa que suceda en la comunidad terapéutica es terapia.

8. Responsabilidad del residente de su conducta

Al residente no se le considera como si fuese un paciente, se le designa como persona que necesita ayuda y que necesita aprender a pedirla. Asimismo, se le considera capaz de ayudar a sus compañeros.

9. Aumento de autoestima mediante logros personales

Mediante la superación del miedo al fracaso en el cumplimiento de las cosas. Esto es efecto, también, de su

implicación en actividades creadoras y de las clases de educación recibidas en la comunidad terapéutica.

10. Interiorización de un sistema positivo de valores.

Se impone y se interioriza un sistema positivo de valores. El residente aprende a ser honrado, a confrontar y criticar la conducta y actitud negativas y a ver un problema como un reto.

11. Confrontación

La confrontación es la forma distinta y específica de ayuda hallada en C.T. Es un tipo especial de feed-back social, de retroalimentación social. Es el espejo que me devuelve la imagen de quién soy, de cómo estoy, de cuál es la consecuencia de lo que hago. La confrontación es la estrella de la C.T. Sirve para lograr confianza y compromiso; ayuda a la persona a que se mire a sí mismo y por lo tanto le ayuda a crecer. La Comunidad confronta a uno de sus miembros. Quien no quiere cambiar necesita más confrontación; o cambia o se va. Todos, desde el director hasta el más recién llegado residente, pueden ser confrontados.

La Confrontación en C.T. requiere del concepto de amor responsable (compasión), porque no siempre es bien recibida y muchas veces es difícil de dar. La confrontación es la puerta de entrada al bunker del conformismo, de la anestesia, del no sentir, de no ver la realidad, para, una vez dentro, conducir al sujeto a enfrentar y tratar de resolver los temas que lo perturban, aunque el proceso sea doloroso.

La autoridad se entiende en sentido horizontal y vertical, reforzando el concepto de responsabilidad compartida y apoyando el proceso de participación en la toma de decisiones cuando ésta sea factible y esté de acuerdo con la filosofía y objetivos de la comunidad terapéutica (Kerr, 1986).

12. Presión positiva entre iguales

Como parte de la comunidad, la presión interactiva en la que se involucra cada participante es coloreada por el respeto

a las reglas básicas y los valores promovidos en la CT. Además, se enfatiza que se sermonea la conducta equivocada de la persona y no a la persona en sí.

La autoayuda es también la presión del otro porque es un miembro de la comunidad quien me está hablando y lo tengo que escuchar, me guste lo que me diga o no. Es una puesta de límites a creerse todopoderoso. Cada acción, cada actitud, cada gesto de un miembro de la Comunidad es observado por el resto, quienes le señalarán constantemente qué efectos producen en ellos.

El aislamiento de una CT es importante para intensificar el efecto de factores tales como la presión de los compañeros residentes, la autoayuda. la cohesión grupal, la confrontación, etcétera.

El incumplimiento de las reglas básicas, consumiendo drogas o alcohol o haciendo uso de la violencia, significa la expulsión inmediata de la comunidad terapéutica.

13. Aprender a comprender y expresar emociones

Tanto en la metodología de la CT como en las sesiones terapéuticas de profesionales se le psicoeduca y facilita terapia grupal e individual para que identifique, exprese y maneje adecuadamente sus emociones.

14. Cambio de actitudes de vida negativas/pesimistas en positivas

El participante comunitario transforma su sentido de vida e identidad, por lo que asume nuevas actitudes constructivas dentro de la comunidad y en la sociedad.

15. Mejora de relaciones con la familia propia

Se comprobó que la implicación de los padres está firmemente relacionada con un período más largo de permanencia en el programa y, debido a esto, con mejores resultados. La implicación de la familia o la pareja en dichos programas, parece ser crucial para un resultado exitoso

(Kooyman y Van Steijn, 1990). Las C.T. ofrecen al residente y a la familia la posibilidad de recomponer sus vínculos, muy importantes en las dinámicas familiares.

Las Unidades Penitenciarias de Reinserción Social

Las instituciones penitenciarias son "centros residenciales totales" en las que no parece factible, combinar las necesidades de control con la metodología de una Comunidad Terapéutica, sin embargo, existe una cierta demanda, por parte de organizaciones sociales que trabajan en dicho ámbito, para adaptar tal metodología a la prisión y la demostración de tal demanda lo constituyen las CT puestas en marcha en diferentes prisiones con desigual contenido y resultados. Pero se trata de módulos aislados, en los cuales los usuarios viven, tras una rigurosa selección, separados del resto de presos. Como consecuencia resulta difícil aplicarles la denominación de Comunidad Terapéutica, tanto por su aislamiento en relación al resto de la prisión, como por el hecho de que se mantiene el régimen disciplinario y en especial la amenaza de la expulsión hacia la cárcel pura y dura, si incumplen las normas. No digo que no sean útiles, pero lo son en la medida que lo son los "tratamientos obligatorios" (Pan, 1993). También hay que tener en cuenta la diferencia entre estos módulos y los sujetos que de forma individual son trasferidos para un cumplimiento alternativo de pena a una Comunidad Terapéutica externa a la prisión. A pesar de todo, sin duda alguna la adopción de la metodología de Comunidad Terapéutica en las demás prisiones contribuiría a una mayor eficacia de las mismas.

Koustenok (2008) citando a Wexler H. (1996) comenta sobre la implementación exitosa del programa de C.T. de la fundación Amity a la prisión de Donovan en San Diego, California. En los años subsecuentes vendría un desarrollo importante de este modelo en prisiones en casi todos los estados de EE. UU. En el año 2000 se contabilizaban 252 prisiones con 40,362 usuarios de C.T. en ese país (Rockholz 2002).

Finalmente, revisiones sistemáticas de la literatura científica han identificado el modelo de la Comunidad

Terapéutica en prisiones como una de las modalidades más efectivas para tratar a los adictos involucrados en conductas delictivas (Aos 2006).

En México, la Comunidad Terapéutica en la que laboro desde el 2013, ubicada dentro del ***Centro de Reinserción Social (CERESO) de Manzanillo***, ha sido el primer (y uno de los únicos dos actualmente, junto con el penal de Mazatlán, Sinaloa) Centro penitenciario que ha sido reconocido —certificado— y ratificado por la entonces Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) en 2013, 2017 y 2019; y por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) en 2025. Conozco dentro del mismo estado de Colima, México, que el Centro de Reinserción Social (CERESO) de Colima también implementa la metodología de Comunidad Terapéutica desde el año 2006, habiendo sido certificado en el 2017, sin embargo, después no mantuvo vigente dicho reconocimiento.

Como dato informativo, en este país de México, los Centros de Reinserción Social se caracterizan por ser de mediana-baja seguridad (como el CERESO de Colima), mediana-alta seguridad (como el CERESO de Manzanillo) y de máxima seguridad (como los Centros Federales de Reinserción Social o CEFERESOS).

Antecedentes históricos de la Comunidad Terapéutica

1952: La mayoría de las comunidades terapéuticas para pacientes psiquiátricos, conforme al modelo puesto en marcha por Maxwell Jones en el Hospital Henderson de Inglaterra, estaban caracterizadas en una Comunidad Terapéutica residencial, como una organización democrática, según el concepto de que cada decisión concerniente a la comunidad debería incluir a todos y cada uno de los individuos y debería discutirse con todos los presentes. Esto era una nueva modalidad de tratamiento de salud mental con ex combatientes de la Segunda Guerra Mundial.

Con los años, las comunidades terapéuticas del modelo Jones demostraron ser en gran parte ineficaces para el tratamiento de adictos (Kooyman, 1975a,d; Kooyman y Bratter, 1980; Schaap, 1977, 1987). La estructura democrática requiere que sus miembros funcionen a un nivel más o menos adulto; la mayor parte de los drogodependientes que son admitidos en las comunidades terapéuticas no son capaces de obrar así. Más aún, su incapacidad de funcionar a un nivel adulto hasta puede ser una causa de su adicción.

Antes de Synanon, en Estados Unidos de América, el tratamiento de la adicción a la heroína estuvo dominado por el abordaje psicoanalítico, con muy poco éxito. Mientras que el abordaje de Alcohólicos Anónimos (desde 1935) no era efectivo en drogas diferentes al alcohol.

1953: La OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoció al movimiento de Comunidades Terapéuticas como instituciones hábiles para la rehabilitación de drogadictos.

1958: Synanon (en California, Estados Unidos). El movimiento Alcohólicos Anónimos ejerció una gran influencia en el origen de esta comunidad de auto-ayuda porque el fundador de Synanon, Charles Dederich, fue un antiguo miembro de AA. El cambió las reuniones de AA, que tenían lugar en su casa, en grupos en los que se confrontaban unos a otros de forma directa y emocional. A estos grupos les puso por nombre "juegos". Los que asistían con regularidad lograban abstenerse de alcohol y drogas. Decidieron dar comienzo a una comunidad en la que pudieran vivir juntos. El hecho de que por primera vez se logra éxito en la recuperación de drogadictos, las puso en un lugar paradigmático. El dato es que del 2 al 4% de éxito demostrado por los programas de la época se pasó al 40 y al 70% en CT.

La Comunidad Terapéutica Synanon/Daytop se ha convertido en el modelo para la mayor parte de las comunidades terapéuticas para drogodependientes en muchos países de todos los continentes. Se denominan también "comunidades terapéuticas jerárquicas" (Schaap, 1987). Como no se suministraba sustituto alguno de drogas en el

tratamiento dentro de las comunidades terapéuticas para drogadictos, se hace referencia a ellas también como "libre de drogas", para diferenciarlas de modelos médico-clínicos y programas de metadona.

Desgraciadamente, pocos años después degeneró en usos de violencia física y fracasó, pero dio origen al tempestuoso desarrollo de las comunidades terapéuticas para adictos (Deitch, et al., 1979).

1963: El psiquiatra Daniel Casriel y el criminólogo Alexander Bassin (exresidentes de Synanon) siguieron las sugerencias de J. L. Moreno y de Carls Rogers cuando fundó Daytop Village en Nueva York, en 1963. Su objetivo, al contrario del de Synanon, era la reestructuración de la vida de los residentes de tal manera que pudieran funcionar de nuevo en la sociedad sin necesidad de drogas. Luego, Daytop Village ayudó a que se fundaran muchas comunidades terapéuticas en Europa y en el Sudoeste de Asia (Sugarman, 1974).

1967: Opinando sobre el método de Comunidad Terapéutica, Abraham Maslow (mencionado en Kooyman, 1993) afirma:

"*El proceso aquí, es que (los participantes) precisan un sentimiento de protección y seguridad, a fin de que se les atienda cuando son jóvenes, de modo que se sientan seguros. En segundó lugar, requieren un sentido de pertenencia, una especie de familia, clan o grupo o algo que les haga sentir que están dentro y que pertenecen por derecho a él. En tercer lugar, han de tener el sentimiento de que la gente les aprecia y de que merecen ser amados. Y en cuarto lugar deben experimentar respeto y estima*".

1969: A partir de Daytop, se ha abierto en Italia a través del Proyecto Hombre el otro gran grupo de C.T. El Proyecto Hombre tomó elementos básicos de Daytop pero incluyó nuevos instrumentos más acordes a la realidad cultural y familiar europea y latina.

1970: Se funda la C.T. en Inglaterra

1972: Se funda la C.T. en Holanda

1975: las comunidades terapéuticas americanas para adictos constituyeron una organización: Las Comunidades Terapéuticas de América.

1975: Se fundan las primeras C.T. en España (Comas, 2008)

1980: en la 5ª Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas, celebrada en Holanda, se fundó la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. La primera definición consensada sobre la comunidad terapéutica fue adoptada en 1981, tras varios años de discusión en conferencias internacionales.

1980: Nace la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC).

1981: Un modelo interactivo de la drogodependencia fue propuesto por los grupos de trabajo "Nomenclatura y Clasificación de los problemas relacionados con las drogas y el alcohol" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Edwards, Arif y Hodgson, 1981). En el mencionado modelo, se considera la dependencia como un síndrome psico-fisio-lógico-social, determinado por un sistema complejo de reforzamientos.

1984-1988 Surge la Fundación Hogares Claret en Medellín, Colombia. El padre Gabriel Antonio Mejía M., Fundador de Hogares Claret, considera que: "la C.T es una comunidad de la que forman parte personas que se han recuperado y ahora saben cómo ayudar a otras a recuperarse. Su axioma fundamental es que el hombre para vivir tiene siempre necesidad de sentido. En la C.T se busca encontrarle sentido a la vida."

1985: Fue recién hacia mediados de los 80 en que, reconociendo los resultados logrados en el tratamiento de drogadictos, se inician los primeros movimientos de acercamiento desde el campo de la Salud Mental hacia el de la Autoayuda en general, buscando expandir hacia otras

patologías sus técnicas y estrategias gestálticas, cognitivas, conductistas, confrontacionales, sistémicas, etc.

1986: Se inicia la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, bajo el liderazgo e iniciativa del P. Hare ido Rahm.

Surge una de las primeras comunidades terapéuticas en México para el Tratamiento de farmacodependientes: "Hogar Integral de Juventud".

1989: Carlos Novelli, Jorge Ruiz, Enrique de Betia, Alberto Calabresi y otros colegas inician la Federación de Comunidad Terapéutica en Argentina, dando desarrollo de los proyectos terapéuticos más interesantes de aquella época en América Latina.

El Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA) patrocinó un ambicioso proyecto de investigación sobre los resultados de tratamiento en diversas modalidades (Drug Abuse Treatmen Outcome Study: DATOS), encontrándose en los resultados que las C.T. son uno de los modelos con mejor efectividad, además del Modelo Minnesota (Hubbard et al.,1997; Simpson et al., 1997).

1990: Este movimiento se consolidó en los 90 y los profesionales hicieron pasantías (más o menos prolongadas) en CT, se integraron en sus equipos, aprendieron de la autoayuda e hicieron aportes, adaptaron sus técnicas; desde la CT, los operadores a su vez valoraron el input que llegaba desde el ámbito profesional.

Los primeros programas de C.T. en México empiezan en la década de los años 90 por influencia de programas italianos y colombianos.

Alexander describió la adicción como una manera fracasada de afrontar las dificultades. Las personas adictas son aquellas que han fracasado en su intento de alcanzar los niveles generalmente reconocidos de independencia, de competencia, de aceptación social, de confianza en sí mismo, que constituyen las expectativas básicas del adulto. La adicción

les suministra una especie de identidad y sentido de vida cuando no poseen alternativa. En el modelo adaptativo, en vez de considerar la drogadicción como causa de muchos problemas, más bien se la considera como su resultado, del mismo modo que se puede hacer con el juego patológico, la criminalidad, el consumo excesivo de comida, la televisión y el sexo, viéndolos a todos ellos como el resultado de una incapacidad para afrontar los problemas de la vida.

En otras palabras, la adicción, lo mismo que la fiebre, es una condición causada por muchos factores que pueden interactuar recíprocamente y reforzarse mutuamente. La adicción no es una enfermedad, como no lo es tampoco la fiebre, sino que es más bien un síntoma de un malestar subyacente. La naturaleza de dicho malestar puede ser psicológica, interpersonal y/o social.

1991: En Perú, surge la CT en el Departamento de adicciones del Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera.

1993: El libro de Elena Goti (1990) se consolida como una excelente introducción para muchas de nuestras comunidades latinoamericanas en la rica experiencia de trabajo con personas adictas. Fue el primer libro en español sobre las CT.

1994: Se inicia un desarrollo importante de la difusión del modelo de la comunidad terapéutica; como presidente de la Federación Latinoamericana, Gabriel Antonio Mejía Montoya visitó todos los países latinoamericanos y estableció contacto con todos aquellos que de alguna forma tenían algún trabajo de apoyo y acercamiento al mundo de las adicciones. Ahora, las comunidades terapéuticas para adictos se han extendido en todos los continentes y sus publicaciones investigaciones son difundidas en organizaciones de la salud y de la educación.

1995: La Fundación Hogares Claret calcula que en este año ya hay más de 3,000 comunidades terapéuticas para tratamiento de adicciones en el mundo.

1996: Un evento internacional organizado por la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas

(FLACT) en la ciudad de México en 1996 denota la creación de algunos programas inspirados en el modelo de C.T. Sin embargo, en ese momento, la influencia más dominante en el país era el modelo Minnesota.

1998: Creado en Medellín, Colombia, en las instalaciones de la Fundación Hogares Claret, el Centro Latinoamericano de Formación, es un gran aporte a la capacitación en el método de CT.

2000: Se crea la Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas (Femexcot).

2009: La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones ya reconoce el modelo de Comunidad Terapéutica, cuando en la norma de 1999 todavía no lo había hecho.

En este año empiezan a llegar a México colombianos expertos en capacitación de Comunidades Terapéuticas, principalmente de Hogares Claret, capacitando a decenas de personas que luego implementarían el modelo de C.T. en diversos estados de la República.

2010: La CONADIC, en coordinación con las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA), implementa desde 2010 el proceso de reconocimiento a los establecimientos residenciales de atención a las adicciones. También les aplica el Marco Normativo de las Cédulas de Supervisión a establecimientos residenciales de atención a las adicciones, supervisando y dando seguimiento continuamente a los servicios de tratamiento residenciales de atención a las adicciones. El reconocimiento se otorga por uno, dos o tres años, según el puntaje de calidad obtenido, por lo cual se tiene que hacer visitas periódicas para ratificación del mismo.

En un artículo de George de Leon de este año 2010, menciona que, *a pesar de décadas de investigación sobre resultados de la Comunidad Terapéutica (CT), los críticos han cuestionado si la CT constituye un tratamiento basado en la evidencia para las adicciones. Dada la relativa escasez de ensayos controlados aleatorizados, doble ciego (ECA), se*

concluye que la efectividad de la CT no ha sido probada. Los principales hallazgos y conclusiones se resumen a partir de múltiples fuentes de investigación de resultados en Norteamérica (EE. UU.), incluyendo estudios de efectividad de campo multiprograma, estudios controlados de un solo programa, encuestas estadísticas metaanalíticas y estudios de costo-beneficio. El peso de la evidencia de investigación de todas las fuentes es convincente para respaldar la hipótesis de que la CT es un tratamiento efectivo y costo-efectivo para ciertos subgrupos de personas con abuso de sustancias. Sin embargo, la aceptación plena de la CT como un enfoque genuino basado en evidencia requerirá una generación de estudios que incluyan ECA, así como otros diseños cuantitativos y cualitativos.

Finaliza afirmando que la efectividad de las Comunidades Terapéuticas ha sido documentada (Anglin y Hser, 1990b; Condelli y Hubbard, 1994; De Leon, 1985; Gerstein y Harwood, 1990; Hubbard et al.,1996; Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson y Etheridge, 1997; el Estudio Nacional de la Mejora del Tratamiento (NTIES), 1996; Simpson, Joe y Brown, 1997; Simpson y Sells, 1982).

2012: En una revisión sistemática realizada por Malivert et al. (2012), los objetivos que realizaron incluyeron (1) determinar evaluar la eficacia de las CT mediante la evaluación de la retención en el tratamiento, finalización del tratamiento y uso de sustancias, y (2) a definir posibles factores predictivos del estado libre de drogas.

Se seleccionaron doce publicaciones, de las cuales en total 3.271 participantes de 61 CT. Todos menos dos eran de California, Estados Unidos. Al inicio del estudio, entre el 20% y el 90% de los sujetos informaron tratamientos previos de adicción. La cocaína fue la sustancia más frecuente.

Los estudios indicaron bajas tasas de finalización del tratamiento y que el cese del programa ocurre con mayor frecuencia durante los primeros 15 a 30 días. Las evaluaciones de seguimiento comenzaron ya sea desde el inicio del programa de CT o desde el alta, que van desde 6 meses después del inicio de la CT hasta 6 años después del alta. Los

estudios mostraron una disminución en el consumo de sustancias durante el programa y después del alta. Durante el período de seguimiento, entre el 21% y el 100% de los sujetos habían consumido sustancias o cumplido los criterios para la recaída, y entre el 20 y el 33% de los sujetos informaron haber tomado un nuevo tratamiento para las adicciones. La retención del tratamiento fue el factor más predictivo de abstinencia en el seguimiento. Sin embargo, una de las limitantes observadas en esta revisión sistemática fue que hubo muchas diferencias metodológicas en los varios estudios que dificultan la comparación de estos estudios.

En una tesis de Leal Martínez (2012), se recopiló información de contenido, variables y organización para procesar la experiencia directa y realizar un estudio comparativo de las comunidades terapéuticas de Castillejos Proyecto Hombre (en Guadalajara, España); PAERCONIC (en Nicaragua) y de Nueva Vida Hogares Claret (en Colombia). En cuanto al nivel de Satisfacción se valoraron los siguientes indicadores: motivación, relaciones interpersonales y valoración de las actividades. En la CT de Castillejos, el 67% de los usuarios refiere que el objetivo de la comunidad es apoyarlos a abandonar hábitos de consumo de drogas, seguido de reestructurar a la persona en general y recuperar a la familia. Mientras que, en Hogares Claret de Colombia, el 40% de la población refiere que es habilitarse para la vida, seguido con 32% de vivir sin drogas, de un 25% reconciliarse con Dios y 15 % encontrarse con uno mismo. En cambio, en PAERCONIC le ha ayudado a alejarse de su familia con un 50%; un 30% manifestó que aprender cosas nuevas, un 20 % dejar la calle y dejar la droga. En la CT de Castillejos el enfoque es existencial-humanista; en Hogares Claret Nueva Vida es cognitivo, conductual y espiritual, y en PAERCONIC el enfoque es asistencial. Para intensificar su intervención sobre uno o varios residentes, el terapeuta, operador o consejero, aplican la herramienta terapéutica de la “presión artificial”, siendo importante mantenerla para meter en crisis al usuario y tener elementos para trabajar su conducta y emociones, siendo el mecanismo diferente en cada CT: por ejemplo, en Hogares Claret, la presión es cognitiva a través del levantado de la voz, mientras que en Castillejos es la confrontación con su historia

y en PAERCONIC, es meramente conductual, no permitiéndoles salir a actividades recreativas.

El SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones) forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica y la NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones identifica a la secretaria de Salud, como órgano normativo y rector, por lo que la notificación a este Sistema adquiere carácter obligatorio en todas las Entidades Federativas.

2013: Las Comunidades Terapéuticas, uno de los modelos de atención para el tratamiento de alcoholismo y drogadicción es uno de los más exitosos en el mundo, sostuvo Pedro Damián Aceves Aguirre, consejero terapeuta en drogodependencias. Se basa en "Comunidades Terapéuticas, una alternativa para el tratamiento de Adicciones", un estudio impulsado por el CECAJ y Corporativa de Fundaciones, AC y realizado en 2013 en cuatro países, incluido México, revela que 30% de los usuarios bajo tratamiento de tres a seis meses bajo este modelo lograron mantenerse sin consumo de drogas a un año. El 30% de éxito en un programa de tratamiento es altísimo de acuerdo a estándares nacionales e internacionales; a nivel nacional a lo que aspiramos es a un 14, 15 por ciento de éxito.

En una investigación cuantitativa realizada desde el año 2000 sobre la efectividad de las comunidades terapéuticas residenciales (CT) para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, en relación con los resultados en consumo de sustancias, delincuencia, salud mental y participación social, una búsqueda sistemática con criterios de inclusión amplios dio como resultado la revisión de 11 estudios. Los estudios investigaron CT comunitarias, así como CT modificadas para reclusos, reclusos en transición a la vida comunitaria y CT para personas con problemas coexistentes de consumo de sustancias y salud mental. En conclusión, en consonancia con revisiones sistemáticas previas sobre CT, los resultados variaron entre los estudios, pero indicaron que las CT son generalmente efectivas como intervención terapéutica,

con reducciones en el consumo de sustancias y la actividad delictiva, y una mayor mejora en la salud mental y la participación social, evidente en varios estudios revisados. La variabilidad en los resultados sugiere que una mayor investigación sobre las CT y las síntesis de investigación centradas en una segunda pregunta clave de investigación en la evaluación de intervenciones complejas (cómo funciona la intervención) podrían desempeñar un papel importante en la comprensión de la eficacia de las CT, para quiénes son eficaces y en qué contextos (Magor-Blatch, L., et al., 2014).

2019: En concordancia con la Norma Oficial Mexicana 028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM 028), en México existen dos modalidades principales de tratamiento: ambulatorio y residencial.

Hasta 2019, el ambulatorio estaría representado por los 341 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), por las 104 unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil, y por los servicios que otorga un número no determinado de clínicas particulares. En cuanto a la atención residencial, se integra por 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil, 45 unidades residenciales públicas y por 2,108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones, muchos de los cuales (incluyendo algunos con el modelo de C.T.) surgieron hace décadas como una respuesta de la sociedad para cubrir la escasez de este tipo de unidades en los servicios de salud gubernamentales. De estas últimas, 1,045 centros están registrados 55 y 348 reconocidos, es decir, que sus servicios dan cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad para ofrecer a la población atención de alta calidad y que cumplen con al menos el 80% de estándares de calidad, especificados en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

También, existe una red de más de 6 mil grupos de “24 horas” y 14,500 grupos de ayuda mutua creados por personas en recuperación, quienes transmiten su experiencia de vida apegados al programa de los 12 pasos de Alcohólicos

Anónimos (AA), las 12 tradiciones y los tres legados (unidad, servicio y recuperación) a los cuales añaden temas de la literatura propia de AA y de superación personal. Finalmente, dentro de los Servicios residenciales de organizaciones gubernamentales, se tiene registro de 44 unidades residenciales públicas que dependen de diferentes instituciones y que funcionan con distintas modalidades de tratamiento: 19 unidades atienden exclusivamente a varones, dos unidades se enfocan exclusivamente a mujeres y 23 atienden a personas de ambos sexos. Dentro de estos 44 establecimientos, en la modalidad profesional (y Reconocido) se encuentra el CERESO de Manzanillo.

2020: En otro artículo, publicado este año, De Leon afirma que *la CT para adicciones es posiblemente uno de los primeros paradigmas de tratamiento formal claramente orientado a la recuperación. Si bien Alcohólicos Anónimos y programas similares, centrados en la autoayuda mutua, facilitan la recuperación, estos programas se diferencian de la CT al presentar su servicio como apoyo en lugar de tratamiento. Por otro lado, las vías de tratamiento farmacológico, como la metadona, tienen como objetivo terapéutico la eliminación total o, como mínimo, la reducción del abuso de opiáceos. Los enfoques conductuales con base empírica, como la mejora motivacional (MET), la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los contratos de contingencia, se centran en reducir el abuso de la droga en cuestión. Sin embargo, desde la perspectiva de la CT, el objetivo principal del tratamiento es la "recuperación", que se define ampliamente como cambios de identidad y estilo de vida. Estos cambios implican la abstinencia del consumo ilícito de narcóticos (y otras drogas), la eliminación total de la desviación social y el desarrollo de valores sociales positivos y un comportamiento apropiado. Por tanto, la misión, y lo que distingue a TC de otras vías de tratamiento, es promover la recuperación y fomentar una vida correcta*.

2022: Inspeccionando las estadísticas de la entonces Comisión Nacional contra las Adicciones en México (CONADIC) del cuarto trimestre de 2022, de los 248 establecimientos

residenciales con certificación de reconocimiento (privados o públicos) se contabilizaron:

93 con el modelo biomédico Minnesota (37% del total).

70 con el modelo de 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos (28% del total).

40 manejan el modelo de C.T. (16% del total).

17 con modelos religiosos-espirituales.

16 con modelo de Ayuda Mutua.

Y los 12 restantes con tratamiento Cognitivo-Conductual.

2023: Con información de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas de este año, la C.T. tiene presencia en 40 países de los 5 continentes. La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT) que se funda el 9 de noviembre de 1999, en este 2023 cuenta con 12 países miembros activos; que por medio de sus Federaciones permiten agremiar más de 500 CT de 12 países de América Latina. Calculándose que existen unas 50 CT en México agrupadas en la Femexcot.

2024: En comunicación personal, Orlando Nahúm Cobián Cernas, con más de 15 años de experiencia analizando el fenómeno de la drogadicción desde distintos puestos gubernamentales, nos comenta que, en el estado de Colima, México, hay 74 establecimientos residenciales o Centros para el tratamiento de drogadicción que están registrados en la CESMAC (Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones del estado de Colima). De esos, 10 establecimientos se manejan con el modelo de Comunidad Terapéutica, operando la primera a partir de 2011.

Hoy en día: La C.T. ya tiene una fuerte presencia en los estados de la República Mexicana, aunque aún no es el modelo dominante. Se supone que no hay C.T. que no cuente en sus equipos con operadores, voluntarios y profesionales de

diferentes ramas académicas, aunque no faltan los centros que puedan tener algunas deficiencias. Para eso, en México, existe una Comisión Nacional (desde 2023 se denomina CONASAMA) que regula la calidad de los establecimientos residenciales del tratamiento de adicciones, incluyendo las C.T. Sin embargo, uno de los pendientes en este país es el surgimiento de investigaciones controladas que reflejen los resultados satisfactorios que ya se han logrado, principalmente en Estados Unidos de América.

Otro de los pendientes en las Comunidades Terapéuticas es la puesta al día sobre alternativas de mecanismos a implementar en personas con farmacodependencia que también presenten **discapacidades y/o neurodivergencias**. Por ejemplo, he conocido varios casos en que el usuario farmacodependiente tenía una o más de las siguientes condiciones: analfabetismo, dislexia, hiperactividad con/sin desatención, daltonismo, dolores crónicos, sexo-género-divergencias, transtornos de personalidad; discapacidades físicas, sensoriales e intelectuales; estrés postraumático, enfermedades médicas crónicas, etcétera. A los cuales se les trata con el respeto a sus derechos humanos, médicos y sociales, creándoseles los ***ajustes razonables*** para que estas personas accedan al tratamiento brindado, evitando discriminaciones, prejuicios, presiones o etiquetas médicas que a veces los deshumanizan.

Fuentes y referencias consultadas:

Abeijón, J.A. y Pantoja, l. (2002), Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro, Bilbao, Universidad de Deusto.

Aceves Aguirre, Pedro Damian. Director de Casa de la Esperanza CT:

https://www.fb.com/casadelaesperanzacomunidadterapeutica

Aos S, Miller M & Drake E (2006). Evidence-Based adult correctional programs: What works and what does not. Olympia WA. Washington Institute for Public Policy

Buscan nuevo modelo para tratar adicciones:

https://www.meganoticias.mx/colima/noticia/buscan-nuevo-modelo-para-tratar-adicciones/241

Cobián Cernas, Orlando Nahun (2022, 2024) Comunicación personal y capacitación en el modelo de Comunidad Terapéutica

Comas, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. Revista Española de Drogodependencias.33 (3) 238-254. 2008

Comisión Nacional contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Organización de los Estados Americanos. (2012). Manual del Consejero en Adicciones Basado en la Norma Institucional de Competencia Laboral CENCLIN/2011/007 Brindar Consejería en Adicciones en Establecimientos con Modalidad Residencial. México: CONADIC, CENADIC y OEA.

Comunidades terapéuticas tienen mayor éxito en rehabilitación (2013). Recuperado de:

https://www.milenio.com/estados/comunidades-terapeuticas-tienen-mayor-exito-en-rehabilitacion

Comunidades terapéuticas para personas con adicciones. Ayuda para familias. Guadalsalus. 20 Septiembre 2023. Recuperado de: **https://www.guadalsalus.com/blog/comunidades-terapeuticas-para-personas-con-adicciones**

Chu Esquerre, Alicia (2011). Comunidad terapéutica y adicciones. Exposición en diapositivas.

Declaración Universal de Derechos Humanos. http:// **www.un.org/es/documents/udhr/**

De Leon G and Unterrainer HF (2020) The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the

Treatment of Addictions and Related Disorders. Front. Psychiatry 11:786. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00786

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7424041/pdf/fpsyt-11-00786.pdf

De Leon, G. (2010.) Is the Therapeutic Community an Evidence Based Treatment? What the Evidence Says. International Journal of Therapeutic Communities 31, 2, summer 104-128

De Leon, George (2004). La Comunidad Terapéutica y las Adicciones. Teoría, Modelo y Método. España: Desclée de Brouwer

Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones:

https://www.issup.net/files/2023-05/Est%C3%A1ndar%20Mexicano%20de%20Compentencias%20de%20la%20Consejer%C3%ADa%20en%20Adicciones_0.pdf

Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas – WFTC Informe Mundial, N. 2, dic. 2023. Recuperado de:

https://www.wftc.org/_files/ugd/8d6c71_f5e4359b897845a18203c675fafe448b.pdf

Fernández, C. Habilidades para la vida (Guía para educar con valores) (2006) CIJ (Centros de Integración Juvenil)

Fundación Hogares Claret (2009). Manual de terapias de la comunidad terapéutica. Medellín, Colombia

Goti, M.E. La Comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga (1990) Buenos Aires, Argentina.

Hubbard, R. L., et. al. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). Psychology of Addictive Behaviors,11, (4), 261-278.

Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas (Ed. Paidós)

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy:

Theory, Research & Practice, 19(3), 276–288. https://doi.org/10.1037/h0088437

Secretaría de Salud y CONADIC. Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su atención integral 2019. Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacio_n_de_las_drogas_en_Me_xico_.pdf

Kooyman, M. La Comunidad Terapéutica para drogodependientes (1996) España.

Koustenok (2008). The Therapeutic Community. En Therapeutic Community Theory and Practice. Vol 6, Ed: Koutsenok I. & McClure S. San Diego: University of California. Departament of Psychiatry. Center for Criminality @Addiction Research, Training and Application, p.p 15-33.

Leal Martínez, Gissel Yenín (2012). "Estudio comparativo de tres Centros de Comunidad Terapéutica en tres países: España, Colombia y Nicaragua". Tesis que para obtener el grado de maestra. Universidad Veracruzana. Instituto de Ciencias de la Salud Maestría en Prevención Integral del Consumo de Drogas. Directora de tesis: María de los Ángeles Olavarrieta Marenco. Xalapa, Veracruz, México, 05 de Julio del 2012. Recuperado de:

https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Maestria-Gissel-Estudio-comparativo-de-CT.pdf

López Goñi, José Javier (2005). Evaluación de la eficacia de la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Tesis doctoral. Universidad pública de Navarra. Departamento de psicología y pedagogía. Pamplona, España

Magor-Blatch, L., Bhullar, N., Thomson, B. & Thorsteinsson, E. (2014). A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. Therapeutic Communities: the international journal for therapeutic communities, 35 (4), 168-184.

Malivert Marion, Mélina Fatséas, Cécile Denis, Emmanuel Langlois & Marc Auriacombe. Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review. Eur Addict Res 2012;18:1–11 DOI: 10.1159/000331007

Manual de Apoyo para Actividades de la Comunidad Terapéutica Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. México: Centros de Integración Juvenil, 2014. Recuperado de:

http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualCTFINALsep.pdf

NIDA (2003), La Comunidad Terapéutica, Washington, NIDA

OMS (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. Organización Mundial de la Salud:

https://www.who.int/publications/i/item/9241544686

Ríos Mejía, Vicente Romel (2013). Historia C.T. y postulados. Diapositivas para capacitación de la Fundación Hogares Claret

Rockholz P.B. (2002). National update on Therapeutic Communities programs for substance abuser offenders in state prisons. En Treating Addicted Offenders: A continuum of Effective Practices. Ed: Knight K. & Farabee D. New Jersey: Civic research Institute, p.p. 14-1 – 14.10.

Sánchez-Mejorada Fernández, J. (2011). El papel de la comunidad terapéutica en el tratamiento del alcoholismo. Universidad Veracruzana:

http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/femexcot.pdf

Sawabona Shikoba. entrevista al psicólogo William Sierra, 2020:

https://youtu.be/XNL8S0zbyAo?si=OiRKv8Dxz-51-XPf

Simpson, D. D., et. al. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). Psychology of Addictive Behaviors, 11, (4), 264-307.

Tavera Romero, Simón (2022). La comunidad terapéutica: Guía para el consejero terapéutico en adicciones. México: UNAM, Escuela Nacional de Trabajo Social. Recuperado de Kindle

Tavera Romero, Simón (2020). La Comunidad Terapéutica: el cambio en el tratamiento a las adicciones. Recuperado de:

https://www.animalpolitico.com/analisis/organizaciones/seguridad-180/la-comunidad-terapeutica-el-cambio-en-el-tratamiento-a-las-adicciones

Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4483748/pdf/ijerph-12-07059.pdf

Ureña, B. P. (2004). Deporte y Movimiento: Trabajo terapéutico integrado en el tratamiento de las adicciones. Revista electrónica

Vega. F. A. (1999). ¿Qué hacemos con el tiempo libre y el alcohol? No. 22 marzo. Revista electrónica. Disponible en www.infoadicciones.net

Villaseñor, Cristóbal (2023). Tomo I. Módulo I. Línea I La Consejería en adicciones: **https://Huitzilin.mx**

Wexler H. (1996). The Amity Prison TC Evaluation: inmate profiles and reincarceration outcomes. Center for Therapeutic Community Research (CTRC). National Institute on Drug Abuse (NIDA) Grant #5 PAO DA07700-01.

5.- LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN EL CERESO DE MANZANILLO

Desde septiembre 2013 hasta mediados de diciembre de 2025, la Comunidad Terapéutica (CT) del CERESO de Manzanillo, Colima, México, ha tenido: 554 usuarios participantes. 443 graduados (80%). 61 expulsados (11%), 36 egresos anticipados por libertades jurídicas (6.5%), 4 bajas voluntarias y 10 usuarios activos en la 25ª generación, de la que aún no llega su fecha de graduación.

En el gobierno del estado de Colima, se tomó como referencia la CT de Hogares Claret, de Medellín, Colombia, a donde se ha acudido a recibir capacitación y también se ha aprovechado la visita de capacitadores colombianos a México. Habiendo en aquel entonces un convenio por medio de la Secretaría de Salud y del Consejo Estatal contra las Adicciones de Colima.

Obvio, este modelo se adaptó a las condiciones del sistema penitenciario por cuestiones del marco legal, reglamento penitenciario y seguridad imperante en el Centro penitenciario al que pertenece.

Entre las diferencias específicas que este modelo presenta respecto de otros Centros residenciales tenemos, por ejemplo:

1.- El tratamiento dura 120 días, donde todos los participantes son personas privadas de su libertad (antiguamente llamados “presos”) que inician el mismo día.

2.- La etapa de Acogida tiene una duración de 30 días, cuando en otros Centros suele durar 15 días.

3.- El término máximo del tratamiento será cuando el usuario sea reubicado a otro módulo dentro de este Centro penitenciario (a los 120 días, aproximadamente), donde continuará su proceso jurídico y su seguimiento de atención terapéutica.

4.- Al inicio y al final de este programa de tratamiento se realizan ceremonias de ingreso y graduación, respectivamente.

Donde suelen invitarse a funcionarios públicos, trabajadores, así como a los usuarios y a sus familiares.

5.- El mantenimiento económico de este programa está a cargo del Patronato Integral de Reincorporación Social del estado de Colima (PIRSEC). Los usuarios solamente gastarán —opcionalmente— dinero si desearan adquirir algo de la tienda existente, como alguna tarjeta telefónica o algún producto de consumo. Todo lo demás le es proporcionado de manera gratuita: tres comidas al día, uniforme, material de papelería, artículos de higiene, calzado, psicoterapias grupales e individuales, préstamo de libros, así como servicios de atención médica, odontológica, pedagógica, trabajo social, asesoría jurídica y traslado a audiencias penales cuando así lo requiera.

6.- La lista final de los usuarios participantes es elegida por un Comité Técnico Interdisciplinario perteneciente a este Centro penitenciario. Previamente, hubo filtros a cargo del Coordinador del programa y de los coordinadores de las áreas técnicas: médica, psicológica, criminológica, de seguridad y custodia, trabajo social, etc.

7.- Colaboran profesionales titulados y con experiencia en sus respectivas áreas, por lo que se brinda una atención profesional y experimentada.

8.- Los usuarios están aislados de la demás población penitenciaria la mayor parte del tratamiento, teniendo un

módulo especial para sus diversas actividades, además de su comedor, cancha de usos múltiples y dormitorio.

9.- Los colaboradores, trabajadores (y hasta familiares visitantes) que intervienen en este programa tienen que cumplir el reglamento penitenciario de este CERESO, en los aspectos de vestimenta, seguridad, objetos que pueden portar o usar, etcétera.

10.- Contamos con un amplio catálogo de libros de autoayuda, videos y películas seleccionados que contienen mensajes inspiradores para los usuarios.

LAS 4 VÍAS IMPORTANTES DE ESTE TREN

Para analizar lo que hacemos en la Comunidad Terapéutica del programa de desintoxicación en adicciones del CERESO de Manzanillo, tomaré en cuenta cuatro vías por las que transita este tren. Todas son importantes, aunque una más que otra, según el momento de que se trate.

LA VÍA ADMINISTRATIVA

Con la ayuda de trabajadores en una subdirección administrativa, Encargado de Almacén, un Área de Mantenimiento y del Coordinador del programa, se gestiona:

**Materiales para usuarios:* uniforme (camisas, short, bóxer, calcetas, calzado), material deportivo y de papelería para diferentes actividades terapéuticas. Se tiene un Almacén con materiales, lo que no hay en existencia entonces se compra.

**Infraestructura y mantenimiento*: Adquisición, mantenimiento y reparación de computadoras, aires acondicionados, inmobiliarios, estructuras, baños, dormitorios, regaderas, iluminación, aparatos electrónicos, etcétera.

Ceremonias de apertura y de clausura: Son eventos que se preparan con 3 semanas de anticipación. Se realizan ensayos con los usuarios, se prepara un orden del día, rituales, se invitan a autoridades, familiares de usuarios y colaboradores, y en ocasiones han asistido reporteros.

Necesidades y quejas: Canalización de las necesidades y quejas de los usuarios hacia los trabajadores y autoridades pertinentes dentro de esta Comunidad Terapéutica. Esta temática la amplío en el punto 36 del capítulo "50 claves, reflexiones, tips y aprendizajes en nuestra CT".

Directorio telefónico de colaboradores y números de emergencia: el cual se tiene a la mano y se está actualizando cuando hay alguna novedad.

Alimentación: Los usuarios reciben alimentación tres veces al día de una cocina de este Centro penitenciario que cumple los lineamientos de higiene, seguridad y organización cuando ha sido supervisada por autoridades externas.

Abastecimiento de agua potable y desinfectada, a través de una cisterna que bombea agua de un pozo.

Abastecimiento de gas para baño sauna, cloro y líquidos desinfectantes.

Fumigaciones: Se cuenta con un calendario de fumigaciones y nebulizaciones para combatir la proliferación de diversa fauna nociva.

Oficios de gestiones: Se redactan y distribuyen múltiples oficios donde el Coordinador o el Oficial de seguridad y custodia reportan las necesidades de atención (de los usuarios o del establecimiento), emergencias o incidentes que ocurren en este lugar. Estas gestiones se canalizan a las distintas áreas de este Centro penitenciario: Subdirección Técnica, Subdirección Administrativa, Seguridad y custodia, Dirección, Subdirección Jurídica, Coordinaciones Médica, Trabajo Social y Pedagogía.

Cronogramas semanales de actividades: Cada lunes se actualiza el cronograma de actividades a realizar.

Empezando el día a las 05:45 horas que es la hora en que está establecido se levanten los usuarios. Y las 21:00 horas es la hora de dormir. El cronograma se coloca a la vista de los usuarios.

Organigrama de trabajadores y directivos de la Comunidad Terapéutica. Este organigrama se va actualizando cada que hay cambios en algún puesto.

Los manuales guías para la metodología y el tratamiento: Se cuenta con 2 manuales actualizados, uno de organización y otro de procedimientos. Los cuales cumplieron los requisitos de la Guía de elaboración y fueron revisados y autorizados. Además de que cuenta con una multitud de manuales de años pasados sobre el actual modelo y sobre el anterior modelo de tratamiento de adicciones y manuales sobre lineamientos de la CONASAMA.

El Comité Técnico: Es un grupo interdisciplinario de coordinadores y autoridades directivas del CERESO de Manzanillo que analiza y toma decisiones relevantes sobre asuntos de ingreso, egreso y sanciones de usuarios de este programa.

El reconocimiento de "Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco y Emisiones", plantea cómo objetivo reconocer a todos aquellos lugares donde está ausente el acto de fumar y vapear, distinguiéndose por cumplir con la Legislación Sanitaria en la materia, a través de la Ley General para el Control del Tabaco y su reglamento.

Los reglamentos, las sanciones y expulsiones: Las conductas que se catalogan como faltas para proceder al demérito de puntos del usuario son consideradas como: Graves (100 puntos de demérito), Moderadas (50 puntos de demérito), Leves (20 puntos de demérito) y Mínimas (10 puntos de demérito). Las conductas- inadecuadas se establecen en el Reglamento, junto con el respectivo valor de demérito que corresponde. Los puntos de demérito son acumulables,

causando baja el usuario que, con una o más conductas sancionadas, iguale o sobrepase los 100 puntos de demérito.

El financiamiento: Como ya se señaló líneas arriba, el financiamiento económico de este programa está a cargo del Patronato Integral de Reincorporación Social del estado de Colima (PIRSEC). Aunque también, siendo honesto, hay colaboradores, trabajadores y hasta autoridades penitenciarias que hemos puesto dinero de nuestro bolsillo para comprar algunos materiales para facilitar terapias.

El marco jurídico-administrativo. Es importante entender y cumplir el marco local, nacional e internacional en donde se enmarca nuestra CT. Saber y aplicar las leyes, normas, códigos, reglamentos y lineamientos que competan al establecimiento donde estamos laborando. Esta CT se apega, por ejemplo, a las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mándela). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Ley General de Salud. Ley Nacional de Ejecución Penal. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica y la NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones Entre otros instrumentos de códigos y reglamentos.

LA VÍA DE LA EVALUACIÓN Y EL CONTROL DE CALIDAD

Prevaloración del prospecto

En la prevaloración se determina si el usuario/a es o no candidato al programa de tratamiento.

El procedimiento incluye lo siguiente:

1.- Invitación a las personas privadas de su libertad interesadas voluntariamente en participar en el programa de desintoxicación en adicciones. Siendo las invitaciones de manera oral directas o por terceras personas, también a través de cartulinas informativas. El objetivo es que los interesados

envíen peticiones escritas mostrando su interés de ingresar al programa. '

2.- Recibir las peticiones o solicitudes firmadas por personas privadas de su libertad de este Centro penitenciario, donde manifiestan su interés por ingresar, mismas que son entregadas por el Personal de Seguridad Interna.

3.- El Coordinador del programa de desintoxicación en adicciones entrevista a cada uno de los solicitantes (entrevista de reclutamiento), para determinar su interés y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

4.- Solicitar a la Subdirección Jurídica la situación legal de los prospectos, para saber si son Procesados o Sentenciados, y con el fin de tener un panorama aproximado acerca de si podrán o no concluir la totalidad de los 120 días que dura el programa

5.- El Coordinador del programa informa a la Subdirección de Seguridad y Custodia, áreas técnicas (Criminología, área Médica y área de Psicología) la lista de personas privadas de su libertad interesados en el Programa, con el fin de revisar los distintos perfiles y tener el visto bueno por parte de estas Áreas.

6.- Servicios Médicos lleva a cabo los exámenes psicofísicos a los usuarios y el grado de intoxicación por el uso de drogas, con lo cual certifica 48 horas antes si son o no aptos para someterse a un tratamiento de las características de la comunidad terapéutica.

7.- El Coordinador del programa y/o un psicólogo aplicará los siguientes instrumentos a los prospectos: Entrevista inicial de farmacodependencia. ASSIST (Detecta niveles de gravedad de farmacodependencia)

8.- El Comité Técnico de este Centro penitenciario condensará las valoraciones y observaciones del coordinador del programa, así como de las áreas técnicas, jurídica y de seguridad y custodia para seleccionar una lista de máximo 16 voluntarios que serán usuarios del programa.

Identificar la disposición al cambio del solicitante adicto

Mediante la *Entrevista Motivacional* (1991) y tomando como base el modelo de etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1982), también llamado Transteórico, explica las fases que una persona necesita superar en el proceso de cambio de una conducta problemática (o conducta que se pretende cambiar) a una que no lo es, considerando la motivación como un factor importante en este cambio, y asignándole al sujeto un rol activo, pues éste es concebido como el principal actor en su cambio de comportamiento, además de las etapas y procesos de cambio, el balance decisional (pros y contras) y la autoconfianza (o autoeficacia).

Aplicada a los usuarios adictos, este modelo sigue estableciéndose como referencia para los establecimientos de tratamiento en adicciones en México. Inicialmente, este modelo se planteó en el contexto del tabaquismo, pero ha demostrado ser constante referencia en cualquier tipo de proceso de cambio de otros comportamientos adictivos:

Etapa 1. Pre-contemplación. Los usuarios adictos pueden no reconocer las consecuencias de sus acciones. Algunos usuarios adictos pueden haber recibido órdenes judiciales o haber sido presionados laboral o familiarmente para iniciar el tratamiento, por lo que no suelen considerar cambiar realmente su comportamiento, por ignorancia o negación de sus adicciones.

Etapa 2. Contemplación. Los usuarios adictos reconocen su problema en la etapa de contemplación, pero pueden no tener la confianza o la motivación para avanzar. Las claves para reconocer a estas personas en esta etapa incluyen incertidumbre, emociones conflictivas o ambivalencia ante el cambio. Quizá puedan asistir a algunas sesiones de tratamiento ambulatorio.

Etapa 3. Preparación. El usuario adicto busca ayuda, pues sabe que debe hacer algo para resolver el problema. Acude a consulta, al tratamiento, pide consejos y planea actividades. Aunque no está dispuesto a invertir mucha energía en cambios, por lo que el problema se mantiene o se agrava.

En el caso de la CT del CERESO de Manzanillo (CM), hemos tenido multitud de interesados que preguntan información del tratamiento, hacen promesas de que luego se inscribirán y luego no se inscriben, o se inscriben como candidatos, pero no dan seguimiento a su interés.

Etapa 4. Acción. Es cuando usuario adicto acepta un tratamiento residencial, dejando de consumir durante ese tiempo. El usuario adicto ya se propone cambiar sus adicciones con las diferentes terapias que recibe; está activo realizando acciones, siendo su motivación un factor muy importante. En el caso de la CT del CM, es cuando el usuario adicto está ya dentro de la CT experimentando el tratamiento otorgado.

Etapa 5. Mantenimiento. Entran en la etapa de mantenimiento después de adoptar su nuevo cambio durante al menos seis meses. Otros factores que los identifican son su firme compromiso con el cambio y sus acciones conscientes para evitar la tentación. Están preparados para posibles obstáculos, con habilidades de afrontamiento bien desarrolladas y sistemas de apoyo.

*Etapa 6. Recaída. En esta etapa —*no oficial de los autores— los usuarios adictos han recaído en comportamientos anteriores y se les reconoce fácilmente por su frustración, decepción o sentimientos de fracaso. Por lo que tiene que reiniciar el ciclo de etapas.

Valorar la severidad de la adicción y las características del usuario

En la CT del CM, cuando el usuario adicto (persona privada de su libertad en este Centro penitenciario) solicita ingresar al tratamiento, se dan las siguientes circunstancias:

1.- Para ese entonces, semanas o meses antes ya tiene aplicadas diversas entrevistas iniciales y varios seguimientos de las áreas de Trabajo Social, Educativa, Criminológica, Médica, de Laborterapia y psicológica, incluso, ésta última área también le aplicó diversas pruebas psicológicas. Por lo que, evidentemente, también se toma en cuenta toda esa

información contenida en los expedientes personales de cada área.

2.- Existe información jurídica sobre las circunstancias en que supuestamente cometió un delito, algunas veces bajo el influjo de drogas, dato que es importante a tomar en cuenta.

3.- Se valora si el usuario, dentro de este Centro penitenciario, ha tenido o no acceso a tabaco u otras drogas.

4.- Se lleva a cabo la entrevista motivacional y se determina en qué etapa de cambio está, según el modelo de Prochaska y Diclemente.

5.- Todo lo anterior es tomado en cuenta por los integrantes del Comité Técnico de esta CT, quienes decidirán la pertinencia o no de que ingrese algún solicitante. Siendo elegidos en un grupo, como una generación que tendrá una fecha de inicio y una fecha de terminación.

Ingreso y valoración/evaluación del usuario

En cuanto al ingreso:

1.- Se organiza la Ceremonia de Ingreso/Egreso donde los usuarios seleccionados de nuevo ingreso son presentados y los usuarios de egreso son celebrados y despedidos. Ante la asistencia de familiares de los usuarios, trabajadores del programa y autoridades de este Centro penitenciario y de instituciones externas.

2.- Traslado del usuario a uno de los 3 dormitorios correspondientes dentro de las instalaciones del programa. Hasta el 2012 se tenía un cupo para 20 usuarios. Sin embargo, en los últimos años el cupo máximo ha sido de 16 usuarios.

3.- Entrega de uniformes (playeras, shorts, bóxeres, gorra y calcetas) calzado (zapatos-tenis y sandalias) y artículos de higiene (jabón detergente, jabón de tocador, papel higiénico, rastrillo para rasurar, pasta dentífrica, cepillo dental, desodorante) a los usuarios.

En cuanto a la valoración/evaluación:

1.- Apertura de expediente clínico del usuario.

De acuerdo a la norma NOM-004-SSA3-2012 los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera.

Todo expediente clínico debe contener los datos del establecimiento: Tipo, nombre, domicilio, nombre de la institución a la que pertenece, razón y denominación social del propietario o concesionario. También deberá contener los datos del paciente: Nombre, sexo, edad y domicilio, además de cualquier otro que señalen las disposiciones sanitarias.

Cualquier nota en el expediente debe ser expresada en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras, ni tachaduras y conservarse en buen estado.

La historia clínica debe realizarse por personal médico y otros profesionales del área de la salud

La historia clínica debe contener el interrogatorio que incluya: ficha de identificación, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, padecimiento actual e interrogatorio por aparatos y sistemas.

La historia clínica debe incluir resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros. También diagnósticos o problemas clínicos, pronóstico, indicación terapéutica y notas de evolución.

Los datos personales contenidos en el expediente clínico deben orientar la práctica profesional y no podrán ser divulgados o dados a conocer.

Todas las notas del expediente clínico deberán tener la firma autógrafa del profesional que lo redacte.

El expediente contendrá los siguientes formatos firmados por el usuario y/o el coordinador del programa y/o el profesional colaborador:

*Consentimiento informado. ‘Carta compromiso. ‘Carta de confidencialidad de información. ‘Entrevista de reclutamiento. ‘Solicitud de ingreso al programa.

*Del área de psicología: Estudio de personalidad y/o pruebas psicológicas. Plan de actividades individual. ‘Del área de trabajo social: Diagnóstico social.

*Del área de educación física: Plan de actividades individual.

*Nota 1: Se anexan posteriormente, en caso de existir, documentos de relevancia para el Proceso: notas de intervenciones terapéuticas Individuales, notificaciones de Deméritos de Puntos, etcétera.

*Nota 2: Los certificados y notas de atención médica se encuentran aparte, en los archivos del área de Servicios Médicos, por criterios de resguardo y consulta para los profesionales de esta área.

2.-Aplicación de instrumentos/cuestionarios:

Pre-ingreso

Estudio para reclutamiento.

Instrumento de tamizaje: ASSIST (La Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias).

Instrumentos validados para detectar transtornos duales:

Cuestionario de Ansiedad Beck (Detecta niveles de ansiedad)

Cuestionario de Depresión Beck (Detecta niveles de depresión)

Inventario SCL-90 (Detecta síntomas psicóticos)

Opcionales:

Fagerstrom (Detección de niveles de tabaquismo)

Ingreso

Entrevista inicial. Carta compromiso. Carta de confidencialidad de la información.

Carta de consentimiento de ingreso.

Implementación de la metodología del modelo de comunidad terapéutica.

Proyecto de vida. Autobiografía. Encuentro de la mañana. Plan de actividades grupal. Encuentros familiares. Evaluación de etapas de la CT.

Egreso

Reporte Final consejería y Plan de Seguimiento. Nota de Egreso. Cuestionario de Satisfacción de tratamiento. Reporte de Seguimiento.

Hoja de egreso por abandono. Hoja de egreso por término del programa.

Permanencia como hermano mayor en la comunidad terapéutica. Evaluación de seguimiento de egresados.

Otros formatos

Directorio familiar. Plan de actividades de psicología. Nota de evolución psicológica. Hoja de referencia. Demérito de puntos. Nota médica. Consentimiento informado para prueba de sustancias psicoactivas. Certificado médico (para ingreso y egreso del programa de desintoxicación en adicciones. Formatos para diagnóstico, tratamiento y evaluación. Nota de Valoración Individual. Hoja de referencia. Nota de ingreso. Estudio socioeconómico. Consentimiento informado voluntario

adultos. Consentimiento informado involuntario adultos. Historia Clínica. Plan de Tratamiento. Nota de Evolución Médica. Nota de Evolución psicológica. Nota de Evolución Trabajo social. Hoja de enfermería. Solicitud y Nota de Interconsulta. Solicitud y Nota de Interconsulta Consejería.

Criterios de inclusión y para referencia

Criterios de inclusión

*Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas u otras.

*Hombres mayores de 18 hasta los 59 años.

*Ingreso voluntario.

*Al ingreso no estar bajo los efectos del alcohol y/o alguna sustancia psicoactiva.

*Tener facultades físicas y psicológicas adecuadas y/o favorables para recibir el tratamiento.

Criterios para referencia

*Que no presente Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas u otras.

*Transtornos psiquiátricos severos.

*Ingreso involuntario.

*Transtornos conductuales no inherentes al consumo de sustancias psicoactivas.

*Al ingreso, presentar un grado severo de intoxicación por alcohol o sustancias psicoactivas.

*Incapacidad física y/o psicológica, presentando patologías clínicas.

Modalidades de egreso

A.- Por libertad absolutoria o libertad anticipada (de su situación jurídica).

B.- Por traslado ordenado por un Juez.

C.- Por fallecimiento o enfermedad/lesión grave incapacitante.

D.- Por expulsión al haber tenido o rebasado los 100 puntos de demérito.

E.- Por renuncia voluntaria.

F.- Por haber completado los 120 días que dura cada generación de este programa.

G.- Egreso de una generación y permanencia en la siguiente generación (de ser elegido como Hermano Mayor).

La supervisión interna

*Uso de formatos para usuarios:

Cerciorarnos que los expedientes de los usuarios contengan todos los formatos manejados aplicados.

*Control sobre colaboradores:

Cualquier profesional que se integra a la CT para colaborar es evaluada por un Comité Técnico.

*Evaluación

*Pre-ingreso

Aplicación de cuestionarios para la medición de ansiedad, depresión, psicosis y sobre el consumo de drogas.

<u>*Inicial:</u>

Diagnóstico el usuario por parte de diferentes disciplinas colaboradoras: Psicología, Trabajo Social,

Coordinación de la CT, Servicios Médicos, Área de Seguridad, Área Jurídica y Comité Técnico.

***Durante:**

*Evaluación de etapas de la CT. Existe un formato específico para este fin.

*Testimonios escritos.

*Entrevistas individuales.

*Expresión de quejas y agradecimientos. Hay diversos mecanismos para esto. En próximos párrafos abundaré en esto.

*Integración multidisciplinaria de reportes psicológicos individuales con reportes individuales y grupales de los demás colaboradores de Trabajo Social, Oficial de Seguridad, Coordinador de la CT, Alcohólicos Anónimos, Grupo Amor y Acción, Terapia Gestalt, Yoga de la Risa, Religiosos (Cristianos y católicos), entre otros.

***Al Final**:

*Cuestionario de Satisfacción.

*Cumplimiento del Plan individual de Desprendimiento y del Proyecto de vida.

*Integración multidisciplinaria de reportes psicológicos individuales con reportes individuales y grupales de los demás colaboradores de Trabajo Social, Oficial de Seguridad, Coordinador de la CT, Alcohólicos Anónimos, Grupo Amor y Acción, Terapia Gestalt, Yoga de la Risa, Religiosos (Cristianos y católicos), entre otros.

*Revisión del expediente individual de cada usuario de la Comunidad Terapéutica.

*Análisis del cumplimiento y pendientes de necesidades y objetivos de las vías administrativa, tratamiento, metodología de CT y de evaluación y control de calidad.

*Seguimiento de egresados de este programa:

A.-Entrevistas de seguimiento (grupales e individuales).

B.-Consulta de fuentes penitenciarias para monitoreo de actividades y comportamiento de los egresados.

El control y la supervisión externa

COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios):

En el sitio web de esta comisión, se realiza electrónicamente el Aviso de Funcionamiento y del Responsable Sanitario del establecimiento de servicios de salud y también del Consultorio Médico.

En cumplimiento de los Artículos 200 BIS y 202 de la Ley General de Salud se registra en línea la más reciente actualización del Aviso de Funcionamiento si hubiera cambios de Responsable Legal, de responsable Sanitario, de domicilio o del nombre legal del establecimiento residencial.

COESPRIS (Comisión Estatal de Prevención de Riesgos Sanitarios)

Esta comisión, a través de inspectores, realiza inspecciones sanitarias de espacios del programa de desintoxicación en adicciones (área de servicios médicos, área de cocina de la Institución, así como de dormitorios y otras áreas de las instalaciones, esto como parte del proceso de vigilancia del mantenimiento en la higiene y sanidad en los servicios brindados por los establecimientos residenciales que ofrecen tratamiento contra las adicciones.

SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones)

Los esfuerzos para integrar la información y conocer la magnitud del consumo de drogas como un problema de salud pública, requieren de un sustento normativo y legal que establezca el canal adecuado de comunicación para consolidar un diagnóstico actualizado y periódico de las adicciones que permita conocer las repercusiones en la sociedad, es por ello que el SISVEA forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica y la NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones identifica a la secretaria de Salud, como órgano normativo y rector, por lo que la notificación a este Sistema adquiere carácter obligatorio en todas las Entidades Federativas.

Por consiguiente, los establecimientos residenciales que brindan tratamientos contra adicciones están obligados por ley a registrar sus usuarios ante la Jurisdicción Sanitaria correspondiente a su zona.

Certificación de espacio 100% libre de humo de tabaco, emisiones y vapeo

Cumpliendo la Ley General para el Control del Tabaco y las directrices de la COFEPRIS y de la COESPRIS, la CT del CERESO de Manzanillo tiene espacios 100% libres de humo de tabaco, emisiones y vapeo. Asimismo, las señaléticas para tal propósito las actualizamos en el año 2024.

****CESMAC*** (Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones)

Realiza supervisiones periódicas cada ciertos meses a este establecimiento, a veces incluso en conjunto con supervisores de COESPRIS.

****CONASAMA*** (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones)

En caso de que la CESMAC lo determine conveniente por cumplir criterios de supervisión en la calidad de los servicios. La CONASAMA envía supervisores al establecimiento

residencial para realizar una supervisión todavía más exhaustiva que, en caso de resultar favorable en la calificación de los más de cien criterios de los lineamientos (ver referencia sobre el manual de lineamientos de la CONASAMA), esta Institución otorgaría el Reconocimiento o Ratificación —según el caso— de la Certificación a dicho establecimiento, con una duración de 1, 2 o 3 años, según el porcentaje obtenido en la calificación de la supervisión. Por ejemplo, La CT del CERESO de Manzanillo fue calificada con 98% en la más reciente supervisión de la CONASAMA, otorgándonos un Reconocimiento por 3 años, de 2025 a 2028. Sin embargo, dentro de ese periodo las supervisiones de COESPRIS y de la CESMAC continuarán, para verificar que se mantiene la calidad en los servicios ofrecidos.

Para conocer los criterios de las supervisiones según la cédula correspondiente, ver el Anexo en el capítulo 12 que incorporo en este libro.

Visitantes

En ocasiones esporádicas, hemos tenido la visita de otras autoridades externas, trabajadores de otras dependencias, funcionarios, políticos y estudiantes, quienes también constituyen elementos de juicio al trabajo realizado en esta CT.

LA VÍA DEL TRATAMIENTO

En las CT, todas las actividades y situaciones que suceden tienen un sentido terapéutico y educativo. Desde la forma de hablar, jugar, pedir, saludar, aprender, comer, dormir, convivir, compartir, ducharse, realizar los rituales, etcétera. Todo lo anterior con el fin de lograr un verdadero cambio en la personalidad del usuario, que luego demostrará en su reinserción social y familiar.

La vía de tratamiento engloba la metodología de la Comunidad Terapéutica que se desglosará en el siguiente apartado.

También, contiene los siguientes rieles:

Terapia Individual:

Llevada a cabo por el Psicólogo y por el Psicoterapeuta, los cuales brindan al voluntario acompañamiento y asesoría individual, dialogo terapéutico u orientación. Cada voluntario PPL (Persona Privada de su Libertad) solicita o es llamado en varias ocasiones a tomar este tipo de terapia individual durante su estadía en el programa.

Terapia de confrontación y señalamientos

Confrontar es ponerse frente al otro y lanzarle una interpretación de lo que se percibe como su realidad para que con ese saber y sus efectos decida qué hacer con su vida.

La confrontación es una técnica para el moldeamiento del comportamiento que caracteriza la forma de intervención de la Comunidad Terapéutica; con ella se hace un llamado de atención enérgico al residente señalando y rechazando sus actitudes y comportamientos irresponsables que atentan contra la estabilidad del grupo o contra el residente mismo; pues en la dinámica de la comunidad terapéutica, los comportamientos del residente repercuten socialmente en los otros quienes se convierten en "espejos" que le posibilitan, entre otros aspectos, reconocer cuando los actos son inadecuados o irresponsables.

O sea, un usuario puede ser confrontado por otro usuario o por un colaborador/facilitador.

Ronda de Señalamientos

Señalar es llamar la atención del grupo hacia una persona indicándole, de manera verbal, que ha incurrido en "fallas" dentro de la Comunidad Terapéutica.

La ronda de señalamientos es un espacio terapéutico donde se reúnen la mayoría de los miembros del hogar quienes, uno por uno, enuncian 2 o 3 "fallas" (transgresión a la norma o atentados a valores de la comunidad) observadas en

los residentes, con el propósito de sondear el nivel de compromiso grupal en torno al acatamiento de la norma, el ejercicio de los valores comunitarios y el grado de corrección recíproca entre sus miembros, esta actividad permite también detectar líderes, identificaciones y alianzas negativas.

Objetivos de la confrontación y los señalamientos:

1.-Crear conciencia en el grupo de la importancia que tiene la participación de toda la familia de la comunidad terapéutica, en el proceso de crecimiento de los compañeros confrontados

2.- Lograr que el individuo adquiera autocontrol, serenidad, trascendencia y capacidad de enfrentar con responsabilidad las implicaciones de sus actos.

3.- Fortalecer el compromiso del residente con el proceso terapéutico y con su vida.

4.- Servir como recurso educativo ya que constituye un espacio de transmisión de normas, pautas y valores.

5.- Detectar y romper identificaciones negativas que entorpecen la dinámica grupal y el crecimiento personal.

6.- Servir de espacio de entrenamiento en el manejo de la técnica a los futuros facilitadores.

7.- Lograr que el individuo sienta y reconozca las implicaciones individuales y sociales de sus actuaciones irresponsables.

8.- Se utiliza para desestructurar actitudes, hábitos, creencias, costumbres, lenguaje, sentimientos o acciones que son inadecuados y contrarios a los valores y reglamento de la CT.

Diario terapéutico escrito y/o mental

Se les fomenta a los usuarios que antes de dormir procedan a dedicarle un tiempo a escribir en su diario personal

en su libreta: aprendizajes, tips, ideas, metas, tareas. Esto que también lo combinan con un repaso mental de cómo les fue en ese día, tanto en sus virtudes como en sus defectos. Así como también realizar tareas de terapias grupales o individuales que tuvieron en ese día.

Aprovechamiento de tiempo libre

Las C.T. dan importancia al tema del tiempo de recreación organizado, pero no siempre en la dimensión necesaria. Se organizan dentro de las mismas actividades deportivas, artísticas, juegos de mesa, dinámicas grupales, música, entre otras.

Terapia grupal:

Se lleva a cabo por el colaborador o facilitador que dirige el grupo, mediante el vínculo con otros voluntarios quienes le dan sentido a las experiencias y acontecimientos que los lleva a cambios o modificaciones de vida.

Grupos terapéuticos colaboradores:

Desencadena tu Alegría, A.C.: Es una asociación civil con las herramientas necesarias para desarrollar la expresión emocional a través del juego, consideran que al jugar el ser humano es creativo, dinámico y alegre.

Basándose en las investigaciones del Dr. Madan Kataria, consideran que la mayoría de las personas gastan su energía y tiempo en sostener máscaras y personalidades y es el juego quien nos ayuda a deshacernos de las máscaras y nos permite tener una expresión libre de ataduras emocionales a través del yoga de la risa que facilitan sus colaboradores certificados en la temática. Esta asociación colabora en esta CT desde septiembre 2013.

****Temas de autoayuda y superación de la drogadicción facilitados por C. Patricia Cepeda***. Ella facilitaba anteriormente la metodología de la Escuela de Perdón y Reconciliación (ES. PE. RE.). Las ES.PE.RE. facilitan que grupos de personas decidan vivir una experiencia fuerte de

sanación de las heridas (rabia, rencor, odio, venganza) causadas por la violencia y los conflictos diarios de la vida. Son personas que desde su espiritualidad quieren abrirse al perdón y a la reconciliación como paso obligado para la reconstrucción individual, familiar y social y el restablecimiento de la paz en el barrio, en la ciudad y en el país. Se trata de un proceso a largo plazo que le apunta a la creación de nuevos valores de comportamiento ciudadano y de cultura de la convivencia Se busca superar la dialéctica del "ojo por ojo". Esta Escuela colaboró desde septiembre de 2013 hasta junio 2024.

UNEME-CECOSAMA: Unidades de Especialidades Médicas -Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (Secretaría de Salud del estado de Colima) que asesoran y brindan acompañamiento al voluntario, quien con su participación decida enfrentar esos problemas aplicando los nuevos hábitos aprendidos. Además, concientizan al usuario para ayudarlo a identificar las situaciones de alto riesgo y las consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo, las cuales podrán ser elegidas para reemplazarse con conductas alternativas de cambio. En donde además se aplican herramientas como: entrevista exploratoria, línea base retrospectiva, análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo, muestra de abstinencia, metas de vida cotidiana, rehusarse al consumo, entrenamiento en habilidades y comunicación, entrenamiento en habilidades para la solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y recreativas, entrenamiento para el control de las emociones, control de la tristeza, control de la ansiedad, control de los celos, prevención de recaídas. Colaboran desde el año 2013.

Grupos de Ayuda Mutua:

Amor y acción camino hacia la libertad: Es un comité de ayuda mutua donde manejan temas como aceptación a la enfermedad del alcoholismo, fe y sano juicio, violencia intrafamiliar, ego y los defectos del carácter y demás temas con la finalidad de conocer los signos y síntomas de las recaídas y la importancia de continuar un proceso en recuperación. También llevan a cabo, durante tres días continuos con dos noches, el Programa de Actividades del Taller de Purificación

de la Mente Racional (Experiencia Espiritual). Un Taller Formativo Educacional para adultos, con una base terapéutica y espiritual, donde el usuario vive un proceso de dos días y dos noches en un encuentro consigo mismo a través de un honesto y profundo inventario moral personal como, lo sugiere el modelo del programa de recuperación de los 12 pasos, para detectar tanto en su pasado como en su presente posibles fracturas emocionales que le provocan miedo, ansiedad o frustración, siendo estas la principal fuente de desarrollar un problema de alcoholismo, drogadicción, neurosis o depresión (siendo únicamente síntomas o manifestaciones de males emocionales más profundos), que le lleva a conductas auto destructivas, iniciando así una conciencia de ello en el usuario, y así, recibimos y ofrecemos la ayuda al ser humano. Colaboran en esta CT desde el año 2022.

Alcohólicos Anónimos.

*Instituto de Terapia Guestalt Región Occidente INTEGRO. Terapias grupales e individuales facilitadas por una Maestra en Terapia Gestalt egresada de este Instituto.

*Pastoral Penitenciario.

*Casa de Dios Emanuel. Grupo religioso cristiano.

Otros grupos que han apoyado en otras generaciones:

*Centros de Integración Juvenil. Prevención de adicciones.

*Centro de capacitación Industrial CECATI #34

*INCODE

Entre otros…

Enfoques psicoterapéuticos

*__*Terapia Gestalt*__: Con recursos de técnicas corporales y emocionales, este enfoque humanista-existencial permite

liberar gradualmente la autenticidad en el sentir y actuar de los usuarios.

*__*Psicología Energética*__: Las técnicas de este enfoque, que acumulan cada vez más investigaciones basadas en la evidencia por su efectividad, son útiles para el tratamiento de traumas psicológicos, ansiedades, dolores emocionales, etcétera.

*__*Constelaciones Familiares*__: Ya sea en sesiones grupales o individuales, este enfoque fenomenológico existencial y transgeneracional permite observar dinámicas familiares de problemáticas sistémicas y psicogenealógicas, muchas veces inconscientes para los usuarios.

*__*Cognitiva-conductual*__: A través del trabajo mental y de conductas, nos permite reestructurar los hábitos y pensamientos destructivos de los usuarios.

Temáticas que se trabajan en las sesiones grupales

*Violencia de Género: Con capacitación y metodología del CEPAVI Colima (Centro Estatal para la Prevención y Atención

a la Violencia Intrafamiliar) al Coordinador de este programa, se han dirigido sesiones grupales o individuales en este tema con los PPL hombres generadores de violencia y en problemáticas de pareja, así como en violencia intrafamiliar y de género.

*Prevención de adicciones y recaídas: Esta temática está a cargo de los psicólogos de la UNEME-CECOSAMA de la Secretaría de Salud, quienes se basan en el manual "Satisfactores cotidianos" (ver referencia al final de este capítulo).

Otras temáticas:

*Niño interior y traumas infantiles. *Conflictiva con figura paterna y figura materna. *Autoestima. *Sentido de la vida. *Sensibilización. *Disculpas y perdón. *Inteligencia emocional. *Vivir el aquí y ahora. *Manejo de traumas. *Sentido

de vida. *Manejo de impulsos. *Toma de consciencia. *Toma de decisiones. *Respirar y meditar. *Trabajo con egos y partes. *Relajación guiada. *Cartas y naipes terapéuticos. *Canciones proyectivas. *Proyecciones y enganches. *Figura paterna. Metáforas. *Codependencia. *Heridas psicológicas infantiles. *Terapia TRE (temblores). *Manejo de emociones. *Teoría Polivagal práctica. *Línea de vida. *Tolerancia a frustraciones. * Descargas emocionales. *Tapping de psicología energética. *Constelaciones familiares e individuales. *Manejo de la muerte y el duelo.

Temáticas de Habilidades para la vida

Habilidades cognitivas: Toma de decisiones. Solución de problemas. Pensamiento crítico, toma de decisiones. Técnicas para visualizaciones constructivas e imaginaciones guiadas.

Habilidades emocionales: Control del enojo. Control de la ansiedad. Manejo de la tristeza. Manejo de la frustración. Inteligencia emocional, sensibilización y expresión de emociones de manera controlada. Risoterapia y yoga de la risa.

Prevención del suicidio: orientación, consejería, prevención y atención de conducta autoagresiva o autolesión.

Habilidades sociales: Comunicación asertiva Desarrollo de vínculos con personas significativas, compañeros usuarios o amistades. Reinserción social, reestructuración de valores y habilidades sociales: Reestructuración de valores personales a través de aprendizaje vicario y reflexivo de películas, canciones y videos de autoayuda seleccionados que transmiten mensajes constructivos. Recreación y manejo del tiempo libre. Prevención de recaídas: afinación de proyecto de vida y de aprendizajes en este programa, clarificación de recursos internos y externos como apoyos dentro y fuera del programa y del Centro penitenciario.

Vínculos familiares: Desarrollo de vínculos con personas significativas y redes de apoyo, sean familiares primarios (familia de origen) o secundarios (pareja e hijos). A través de llamadas vía telefónica, videollamadas en web,

trámites familiares a través de Trabajo Social y encuentros familiares presenciales mensuales.

Habilidades cuerpo-mente: Aprendizaje y práctica de respiraciones rítmicas, técnicas de relajación corporal y mental, Mindfulness y meditación.

Manejo de la espiritualidad: Respetando la libertad de culto. Con acceso a literatura y prácticas religiosas.

Precauciones y manejo de las interacciones con los usuarios adictos en prisión

Se ha descubierto en las últimas décadas que buena parte de los adictos a drogas tienen rasgos y transtornos de personalidad principalmente borderline o límite (Tavera Romero, 2020), dependiente e histriónica y que varios, incluso, presentan psicopatologías duales, es decir, que su adicción coexiste con otros transtornos mentales. Y es muy conocido que dentro de las características que presentan muchos adictos están la manipulación, la mentira, la indisciplina, la volubilidad, la traumatización psicológica, la delincuencia, la violencia diversa, la resistencia y la negación, entre otras.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, en el CERESO de Manzanillo, los participantes facilitadores hemos procurado facilitar un trato centrado en las necesidades de los usuarios, en guiarlos a destraumatizar los acontecimientos que se relacionan con su accidentada historia de vida, para que encuentren un nuevo sentido a su existencia y se compliquen menos su vivir, tanto en los sistemas a los que pertenecen como en su individualidad.

LA VÍA DE LA METODOLOGÍA DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

*La CT en el CERESO de Manzanillo tiene una adaptación de 120 días (4 meses o 17 semanas)

Primera fase/progreso

Duración: 30 días

Etapa única: Acogida

Objetivos:

*Evaluación inicial y diagnóstico de cada usuario.

*Compromiso existencial y asunción de responsabilidad.

*Conocimiento de reglamento, valores, rituales y filosofías de la CT.

*Adaptación al aislamiento del exterior y respeto a horarios establecidos para actividades y servicios dentro de la institución.

*Respeto al personal y normas de la institución.

*Integración en los diferentes grupos y actividades terapéuticas diarias, así como las distintas brigadas.

Segunda fase/progreso

Duración: 75 días en 4 Etapas:

Etapa Identificación: 30 días. Objetivos:

*Introyectar normas y valores de la comunidad terapéutica.

*Aprendizaje de las distintas filosofías de la comunidad.

*Realización de su autobiografía, identificando situaciones conflictivas a trabajar.

Etapa Elaboración:15 días. Objetivos:

*Trabajar en la solución de las situaciones conflictivas ya identificadas.

*Construir su proyecto de vida, partiendo del diagnóstico personal.

*Trabajar en el desarrollo de habilidades personales y sociales por medio de la participación en espacios, individuales y grupales.

Etapa Consolidación: 15 días. Objetivos:

*Fortalecer la red de apoyo familiar y social de acuerdo al proyecto de vida.

*Participar activamente y fungir como guía en las diferentes actividades y grupos dentro de la institución

*Desarrollar habilidades que permitan afrontar y resolver las dificultades de la reincorporación social.

*Diseñar plan de servicio social.

Etapa Servicio Social: 15 días. Objetivos:

*Realizar actividades en pro de la comunidad; fomentando la cultura del trabajo, la participación, solidaridad y la responsabilidad.

*Poner en práctica las habilidades sociales y de afrontamiento.

*Realizar actividades fomentando un estilo de vida saludable.

*Diseñar plan de desprendimiento gradual.

Tercera fase/progreso

Etapa única Desprendimiento gradual: 15 días. Objetivos:

*Ejecutar un plan acorde con las necesidades y habilidades reales en su red de apoyo.

*Concretar y ejecutar el proyecto de vida.

*Afrontar situaciones que impliquen factores de riesgo, poniendo en práctica las habilidades desarrolladas.

*Desprenderse de forma satisfactoria de la comunidad y adaptarse a su medio externo.

*Fortalecer la integración social, laboral y familiar.

*Definir un sentido de vida personalizado.

*Reevaluar su proyecto de vida.

*Consolidar los logros obtenidos en esta CT.

*Reinserción social, de acuerdo a lo que le ofrezca esta CT en particular. Como terapia ocupacional de reinserción, se tienen espacios y actividades donde el usuario sale de la CT para afrontar actividades familiares, laborales o sociales. Por ejemplo, visitas de familiares, trabajos en talleres fuera de la CT, asistencia a eventos cívicos y de honores a la bandera, entre otros.

Evidentemente, estos actos están planeados y analizados por varias autoridades de esta CT, además de que se evalúan los comportamientos y actitudes de cada usuario al afrontar situaciones cotidianas en dichos espacios ya señalados.

*Análisis de sus posibilidades próximas en lo educativo, laboral, terapéutico y red de apoyo familiar.

*Analizar el grado de codependencia del usuario respecto a la CT o a alguno de los colaboradores de esta.

*Seguimiento al afrontamiento de actividades cotidianas del usuario fuera de la CT en salidas controladas.

*Evaluación final del usuario a través de instrumentos escritos, análisis de su expediente y entrevistas.

*Hay establecimientos que tienen casas a medio camino, otros organizan salidas a la playa, misas, rallys, torneos.

*Ceremonia y ritual de clausura/desprendimiento.

Cuarta fase/progreso (fase extra oficial)

Es una fase extraordinaria que se desarrolla fuera de la CT. Refiriéndose al seguimiento que se hace del egresado de esta CT.

Entre otros, los objetivos hacia los usuarios son:

*Realización de entrevistas de seguimiento.

*En su caso, terapias individuales de seguimiento.

*Monitoreo de su situación actual, adicciones y prevención de recaídas.

**** Los Rituales propios de esta CT***

El símbolo, el rito, la ritualidad y lo ceremonioso juegan un papel determinante en los procesos antropológicos y sociales de cada ser humano (Fundación Hogares Claret, 2013). Adquiriendo una gran importancia cuando estos procesos se realicen de manera disciplinada y coordinada dentro de una comunidad, en este caso, dentro de una Comunidad Terapéutica.

Los rituales se consideran normas de funcionamiento que orienten las relaciones en una CT para que subsistan estas con acuerdos sobre ciertos puntos esenciales representativos de la metodología de la CT.

Son ejemplos de rituales: estar en círculo en los Encuentros de la Mañana, Ronda de sentimientos, la fila de motivación, Terapias y Asambleas. También, son ritualistas las maneras en que se expresan las filosofías y oraciones de la CT.

En esta CT hay 3 filosofías, una por cada progreso, recitándose diariamente la filosofía correspondiente.

Como dicen Cobián Cernas (2022) y Pedro Aceves (2019): “Cada Comunidad Terapéutica tiene sus propios rituales". Acá en el CERESO de Manzanillo tenemos dos rituales que nos distinguen de otras CT. Estos rituales los hemos usado desde el año 2005 y luego fueron incorporados años más tarde como parte de los rituales del CERESO de Colima que, por cierto, también manejan este modelo de la CT

Tenemos, por ejemplo, un ritual de inicio, consistente en que se realiza una ceremonia de ingreso donde se presentan formalmente a los usuarios participantes de esa nueva generación. Hay planificado y ensayado un orden del día de dicha ceremonia, incluyendo honores a la bandera, invitados trabajadores de la CT, los nuevos usuarios y familiares de estos, usuarios egresados de otras generaciones y, en ocasiones, algunos funcionarios como invitados especiales.

Dentro del orden del día, se tienen los siguientes rituales:

Ritual de camisas

1.- Entran caminando los usuarios de la nueva generación (con su vestimenta usual antes de inscribirse a la CT) y se detienen formando un círculo de personas frente a un pebetero que está al centro de dicho círculo.

2.-A una señal, los usuarios se quitan su camisa y la lanzan al pebetero, que para ese entonces ya tiene llamas de fuego en su interior.

3.- Entonces, los usuarios proceden a pronunciar las siguientes palabras:

QUEMO LA SUCIEDAD DE LO MALO QUE HICE A LA SOCIEDAD.

QUEMO MI PASADO

Y ESTOY LISTO PARA RECIBIR AYUDA EN ESTE PROGRAMA

Y TRANSFORMAR MI ALMA.

4.- Luego, a una señal, se enfilan ordenados caminando hasta detenerse frente a la misma cantidad de usuarios egresados. Por ejemplo, si fueran 20 usuarios de nuevo ingreso, entonces se pondrían frente a 20 usuarios egresados, uno frente a otro, a una distancia aproximada de medio metro.

5.- Los usuarios egresados proceden a expresar en voz alta, mirando a los ojos a los nuevos:

PUESTO QUE LA GUERRA COMIENZA EN LA MENTE,

ES EN ELLA DONDE DEBEN CONSTRUIRSE

LAS VOLUNTADES

PARA ENCONTRAR LA PAZ.

COMO TE VEO, ME VÍ,

COMO ME VES, TE VERÁS.

DESDE AHORA Y DESDE AQUÍ,

CADA PROBLEMA ES UN RETO Y UN DESAFÍO...CONFÍO EN TI.

¡GRACIAS POR ESTAR AQUÍ!

6.- Para que, entonces, los egresados les proporcionen una camisa nueva de color blanco, la que reciben y agradecen los de nuevo ingreso, procediendo a vestirse con esta. Para que, a continuación, siga el ritual de luz.

Ritual de Luz

1.- Al estar frente a frente, los usuarios egresados, portando en sus manos una vela encendida, expresarán grupalmente las siguientes palabras dirigidas a los usuarios de nuevo ingreso

ESTA ES MI LUZ QUE ENCONTRÉ EN MI OSCURIDAD.

AQUÍ ESTÁ LO QUE TRANSFORMÉ EN ESTE PROGRAMA

Y EN MI ALMA.

TE AYUDO A ILUMINAR TU CAMINO

Y ENCUENTRA TU PROPIA LUZ DENTRO DE TI.

2.- Los usuarios de nuevo ingreso reciben la vela, dan las gracias y proceden a caminar ordenadamente enfilados hasta un lugar previamente asignado.

3.-La gente presente aplaude y motiva a los usuarios de esta nueva generación.

Es decir, al acercarse al pebetero los participantes de la nueva generación para desechar su camisa, metafóricamente desechan una parte de ellos, quedando expuestos en su esencia. El fuego representa una energía de transformación, para un cambio de estar y de ser. En este programa se les proporciona ropa y mucho más. Luego, la experiencia y la intención positiva de los egresados la ofrecerán a sus compañeros de nuevo ingreso, en forma de luz, para representar la iluminación que les ofrecen en este inicio del camino que emprenderán como ya lo hicieron ellos en su momento.

Rituales de graduación

1.- En cuanto al ritual de graduación o egreso, los usuarios ensayan una entrada marchando en orden cerrado, con estructura semi-militarizada y cantando exhortos motivacionales. Esta entrada se hace en un punto intermedio del orden del día, para que sea sorprendente la entrada para los familiares de los graduados. Es decir, hasta ese momento en el día del evento de la graduación, los familiares no sabían cómo sería la graduación ni habían visto marchar de esa manera a su familiar. Esto impacta a los familiares y a los invitados, quienes observan a unos graduados disciplinados y motivados.

2.- Previamente elegido democráticamente por sus propios compañeros usuarios, uno de ellos emite un mensaje en el micrófono, donde expresa sus agradecimientos y explica brevemente su cambio y transformación respecto a las adicciones que trabajó terapéuticamente en esta CT.

3.- Algunas autoridades hacen un reconocimiento público y motivacional a los nuevos egresados, incluyendo en algunas ocasiones beneficios de libertad anticipada y canalización a mejores trabajos dentro de este Penal cuando sean reubicados.

4.- Finalmente, durante- la ceremonia de graduación los usuarios reciben una constancia del término de la generación, de la culminación de su tratamiento.

Ritual de la Dinámica de afirmación

Se realiza después de haber cenado. Es para reprogramar su mentalidad con afirmaciones positivas y promover su autoestima. La dirige el mismo usuario que durante esa semana le corresponda dirigir el encuentro de la mañana.

Ritual de Encuentros Familiares

De manera calendarizada (mensual) y en horario establecido los voluntarios reciben visita familiar en un evento grupal llamado “Encuentro familiar”, donde se realizan actividades de integración y terapia grupal; al finalizar la actividad se les permite tiempo de convivencia.

Como bienvenida, los usuarios llegan marchando en bloque de orden cerrado, gritando exhortos motivacionales, hasta llegar a posicionarse en descanso a unos metros de sus familiares. Mencionan en voz alta un exhorto de bienvenida a los familiares visitantes y proceden a cantar una canción que previamente ya habían ensayado, con una letra bien seleccionada y relacionada frecuentemente a valorar lo familiar.

Al terminar la canción rompen formación y acuden a saludar y abrazar a sus familiares, los que hayan contado con visita. Proceden a sentarse en círculo todos los presentes y se da comienzo al Encuentro de la Mañana y la Ronda de Sentimientos, además de comentar una frase de autoayuda.

En la parte final del evento, se procede a la convivencia entre los visitantes y los usuarios, habiendo mesas, sillas y tienda para adquirir productos comestibles.

Antes de que los visitantes se retiren, los usuarios forman una valla a los lados de la banqueta de salida, como forma de respeto para que pasen sus familiares.

¿Cómo es un día común en la CT del CM? Basándome en el cronograma más actual

5:45 a 6: Despertar. Aseo de estancia.

6:00 a 7:00: Baño e higiene personal. Desayuno.

Brigadas de limpieza del módulo. Lavado de ropa. Enfermería para medicación de quienes están bajo un tratamiento.

7:00 a 7:30: Orden cerrado. Fundamentos de civismo y disciplina. Fila de motivación.

7:30 a 8:50: Pase de lista. Deporte.

8:50 a 9:00: Momento de relajación guiada.

9:00 a 10:30: Encuentro de la Mañana y Ronda de sentimientos.

10:30 a 13:00: Sesión de Psicoterapia grupal.

13:00 a 15:00: Enfermería para medicación. Oración de gracias por los alimentos. Limpieza de comedor. Descanso. Lectura. Juegos de mesa. Videos autoayuda. Terapias individuales (Atención abierta). Elaboración de tareas individuales.

15:00 a 18:00: Sesión de Terapia del Grupo 'Amor y Acción' (del 4º y 5º paso de AA).

18:00 a 19:30: Cena. Enfermería para medicación. Dinámica de Afirmación. Aseo bucal. Baño e higiene personal. 19:30: Pase de lista y cierre de estancias. Lectura y descanso. Elaboración de diario personal o tareas individuales.

21:00 hrs. Dormir

*Notas: La duración del Encuentro de la mañana y de la Ronda de sentimientos es variable, dependiendo de las temáticas que se estén tratando y de lo que surgiera de importancia o de problemática para tratar a profundidad. Si algún colaborador no asiste, se puede sustituir ese tiempo por una película seleccionada. Las llamadas telefónicas y las compras a tienda se realizan dos veces por semana.

Grupo de retroalimentación emergente o asamblea

En ocasiones, se convoca a una reunión donde participen todos los miembros disponibles de la CT para atender asuntos importantes y urgentes respecto a quejas o controversias sobre temáticas, por ejemplo, de: artículos de higiene, ofrecimientos de trabajo, vestimenta y calzado proporcionado, comportamiento de colaboradores y asuntos de sanciones. Esta reunión, también llamada asamblea comunitaria, es el principal espacio para la toma de decisiones de la comunidad y tiene por objetivo abordar el rumbo del programa de la CT, así como tomar decisiones sobre el rompimiento de las reglas establecidas. La duración puede ser de varias horas, hasta agotar los puntos tratados.

Con duración de entre dos y tres horas, los temas más recurrentes, en nuestra Comunidad Terapéutica, han sido referentes al trato de los Oficiales de Seguridad y Custodia, la frecuencia de entrega de los artículos de higiene, la aplicación del reglamento, señalamientos a usuarios por su conducta en las brigadas, polémicas por negación de algunos trámites de documentos o de llamadas telefónicas extras, entre otros temas. En promedio, en cada generación de usuarios, ocurren

unas dos reuniones de este tipo, donde se procura que estén presentes la mayor cantidad de integrantes de la Comunidad.

Código de Ética para los colaboradores y trabajadores.

A la vista de todos, se tiene un código de ética para los colaboradores facilitadores que implementan terapias.

Las brigadas

Se forman mensualmente tres brigadas, intentando que estén equilibradas en cuanto a número de usuarios integrantes y procurando que no sean integradas por los mismos del mes anterior.

Una brigada se encargará de la limpieza de la sala de terapia, otra se encargará del aseo de los pasillos del establecimiento y, finalmente, la tercera brigada se hará responsable de la limpieza del área de comedor.

En las brigadas hay convivencia e interacciones en las que aflorarán las personalidades de los usuarios, que tendrán que aprender a mantener la disciplina y la solidaridad. De lo contrario, habrá señalamientos entre los usuarios y llamadas de atención o sanciones.

Encuentro de la mañana y Ronda de sentimientos

Se realiza diariamente, de lunes a domingo a las 09:00 a.m.

Orden del día

Primera parte

1.- Inicio, grupo cerrado (no se permite iniciar si falta un voluntario, a menos que faltara alguien por causa de fuerza mayor), el coordinador o el oficial de seguridad indica al usuario encargado ese día que proceda a dirigir el encuentro.

2.- Filosofía de fase actual (la recitan el usuario encargado y los demás compañeros le siguen con la recitación)

3.- Recordatorio de ayuda para los miembros voluntarios (momento para expresar necesidades, quejas y felicitaciones: personales, sobre algún compañero o sobre algún aspecto de la brigada o de la CT).

4.- Ronda de sentimientos (expresiones relacionadas con las emociones o sentimientos que se tienen hoy: alegría, esperanza, gratitud, solidaridad, apoyo, felicitación a alguien, ansiedad, dolor o tristeza).

5.- Frase del día (opiniones constructivas sobre una frase de autoayuda).

6.- Lectura de actividades del día (de acuerdo al cronograma y/o actividades extras).

7.- Frase bíblica (opiniones constructivas sobre una frase bíblica).

Segunda parte

*Rol de brigada de sala de terapia (orden de participación: un grupo por día)

*Actividad a realizar (video de autoayuda, juego tipo 'basta', cuento, lectura de noticia importante, dinámica breve, canciones con mensaje o socio-drama).

*Oración de la mañana (oración de la serenidad).

Cierre

Grupo cerrado, no se permite terminar si falta un voluntario, a menos que faltara alguien por causa de fuerza mayor.

La hora de finalización del Cierre se hará cuando llegue un Colaborador que tendrá su actividad en ese horario o se

cerrará cuando lo indique el Coordinador o el Oficial de Seguridad.

Incentivos o estímulos

A los usuarios:

Películas, canciones, asistencia a eventos (en etapa de desprendimiento gradual), dibujos, imágenes, llamadas telefónicas, descanso, tiempo sin brigada, convivios con bocadillos junto con colaboradores, constancias de participación en ceremonia de graduación, felicitación por cumpleaños.

A los colaboradores:

Constancias de participación entregadas en ceremonia de graduación.

ENLACES DE VIDEOS IMPORTANTES

**Programa de Desintoxicación en Adicciones dentro del CERESO de Manzanillo, Colima (julio 2022):

https://www.fb.com/share/v/yynwt27KgALdkkon/

*Entrevista al psicólogo colombiano William Sierra:

https://youtu.be/XNL8S0zbyAo?si=md6D70FZV28BZQTq

Sawabona Shikoba. XII Capacitación en actualización del método de Comunidad Terapéutica. 8 y 9 de agosto del 2019 en la ciudad de Colima:

https://youtu.be/6GtYpiDY2PI?si=tPRlx6zAFrkK2ysB

*Programa Escuela del Perdón y la Reconciliación (ES.PE.RE.):

https://youtu.be/zwoAx8dtKjE?si=5t6YXNXEke7m6sbW

*Grupo Amor y Acción en CERESO Manzanillo:

https://www.facebook.com/share/v/14RciTGUGuc/

NOTAS PERIODÍSTICAS RELEVANTES

*Entrega de 2 reconocimientos federales y entrega de registros a 59 Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones del Estado de Colima en 2025:

https://www.fb.com/share/p/188gssNDh2/

*Yoga de la Risa en CERESO de Manzanillo:

https://www.ucol.mx/noticias/nota_965.htm

*Concluyen usuarios del Cereso de Manzanillo programa de Tratamiento contra Adicciones (2017):

https://diariodecolima.com/index.php/noticias/detalle/2017-07-19-concluyen-internos-del-cereso-de-manzanillo-programa-de-tratamiento-contra-adicciones

*44 personas concluyen programa de desintoxicación en el Cereso (2017):

https://www.adcolima.com/2017/11/25/44-personas-concluyen-programa-de-desintoxicacion-en-el-cereso/

*En Colima 14 Centros de tratamiento contra adicciones están acreditados: Salud (2015):

https://www.afmedios.com/en-colima-14-centros-de-tratamiento-contra-adicciones-estan-acreditados-salud/

*Reconocen a 6 centros que cumplen con la norma de adicciones en el estado de Colima (2017):

https://diariodecolima.com/index.php/noticias/detalle/2017-08-25-reconocen-a-centros-que-cumplen-con-la-norma-de-adicciones

*Entrega Secretaría de Salud certificados a personal de 11 establecimientos privados que atienden este tema:

https://saludcolima.gob.mx/noticia.php?id=7511

Gobierno Colima continúa con el programa de tratamiento de adicciones, en el Cereso: La Secretaría de Seguridad Pública (SSP) del Gobierno del Estado de Colima informa que se llevó a cabo la clausura de la 35ª Generación del Programa de Tratamiento para las Adicciones 'Tú Puedes Vivir Mejor' en el Centro de Reinserción Social (Cereso) de Colima, donde de manera simultánea dio inicio la siguiente generación número 36.

https://adcolima.mx/2024/07/12/gobierno-colima-continua-con-el-programa-de-tratamiento-de-adicciones-en-el-cereso/

Fuentes consultadas:

Aceves Aguirre, Pedro Damian. Director de Casa de la Esperanza CT:

https://www.facebook.com/casadelaesperanzacomunidadterapeutica

Pedro Damián Aceves Aguirre, es Operador de Modelos Comunitarios en Prevención y Tratamiento de las Adicciones y Director de Casa de la Esperanza Comunidad Terapéutica (en Tonalá, Jalisco); es Consejero en Salud Mental y Adicciones Nivel III, con Certificación Internacional y ha sido Presidente del Colegio Nacional de Consejeros Capítulo Jalisco.

Barragán Torres y cols. (2014). Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del Terapeuta. Tercera edición. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones.

Cobián Cernas, Orlando Nahun (2022, 2024) Comunicación personal y capacitación en el modelo de Comunidad Terapéutica

Consejería en Adicciones. Tomo 1, Módulos I, II y III. Recuperados de https://huitzilin.mx/

Decena Ruíz, Hugo (2014). Manual de Organización y Procedimientos del programa de desintoxicación y adicciones del CE.RE.SO. de Manzanillo.

Fernández Cáceres, Carmen y cois. (2006). Habilidades para la Vida. Guía para educar con valores. Centros de Integración Juvenil, A.C.

Flores Ángeles, Araceli; Rodríguez Anaya, Obdulia; Cuate Pérez, Juan de Jesús (2021). Guía Técnica de Apoyo para Establecimientos en la Atención de las Adicciones en Modalidad Residencial 2021. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y Secretaría de Salud. Segunda edición: marzo 2021.

Gobierno de México (2023). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. **www.gob.mx/salud**

Goti, Elena (2009). La Comunidad Terapéutica: Un desafío a la droga. 4ª edición. Colombia: Fundación Hogares Claret.

Guía para la Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. www.conadic.gob.mx Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/235144/Guia_Referencia_Contrarreferencia.pdf

Guisa Sánchez, Víctor Manuel (2022). "Guía Técnica de la Unidad de Hospitalización". Centros de Integración Juvenil, A.C.

Hernández Nava, Liliana G. (2013). Clínica de Atención Residencial en Adicciones C.A.R.A. Manual de Organización. Versión 1.0 Secretaría de salud y bienestar social del estado de Colima.

Kooyman, M. (1996). La Comunidad Terapéutica para drogodependientes. España: Mensajero

Ley General de Salud:

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

Ley para la prevención, tratamiento y control de las adicciones en el estado de Colima:

HTTPS://LEGISLACION.SCJN.GOB.MX/BUSCADOR/PAGINAS/WFARTICULADOFAST.ASPX?Q=LEY1LZMIQ9EKKXMFSVNWENDYWUIT5MC36T1PPXRDTDV6L++W2R06UMVLUHAGAAXA//A8PMMKKX92VGYLJYCODQ==

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de noviembre de 2013: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf

Los Doce Pasos y las Doce Tradiciones: **https://www.aa.org/es/the-twelve-steps**

Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las adicciones 2023. Secretaría de salud del Gobierno de México. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección general de epidemiología.

Martínez Bernal, Juan Carlos (2023). Manual de Organización del programa de desintoxicación en adicciones del CERESO de Manzanillo.

Martínez Bernal, Juan Carlos (2023). Manual de Procedimientos del programa de desintoxicación en adicciones del CERESO de Manzanillo.

Martínez Bernal, Juan Carlos. "Sin Cuenta Experiencias Terapéuticas". 2a. edición. Febrero de 2020. Publicación Independiente. Recuperado de Kindle

Programa integral de capacitación y fortalecimiento en la calidad de la atención de los establecimientos residenciales especializados en adicciones. Fase IX, Etapa 1, 2019. CONADIC - Fundación Carlos Slim - Fundación Oceánica

Ríos Mejía, Vicente Romel (2013). Historia C.T. y postulados. Diapositivas para capacitación de la Fundación Hogares Claret

Rituales y simbología en la C.T. (2013). Diapositivas para capacitación de la Fundación Hogares Claret

Secretaría de Salud. Programa de Satisfactores Cotidianos para la prevención de adicciones:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334701/Programa_de_Satisfactores_Cotidianos.pdf

Secretaría de Salud. Comisión Nacional contra las Adicciones (2015). Manual de Procedimientos de las Unidades de Especializadas Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones UNEME-CAPA. Noviembre 2015.

Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Cédula de supervisión para establecimientos residenciales con modelo de atención profesional V. 4.1 2024:

http://www.conadic.salud.gob.mx/Residenciales/Cedula_2024_Profesional_V_2024.pdf

Secretaria de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: Progreso.

Spatola, Gerardo (2011). Clínica de las "Patologías Duales" en la Comunidad Terapéutica. Artículo en revista Liberaddictus.org. Recuperado de:

https://www.liberaddictus.org/internacional/1064-clinica-de-las-%22patologias-duales%22-en-la-comunidad-terapeutica.html

Ureña, B. P. (2004). Deporte y Movimiento: Trabajo terapéutico integrado en el tratamiento de las adicciones. Revista electrónica

Vega. F. A. (1999). ¿Qué hacemos con el tiempo libre y el alcohol? No. 22 marzo. Revista electrónica. Disponible en **www.infoadicciones.net**.

DIAGRAMA ETAPAS DE TRATAMIENTO

ETAPAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

1º INGRESO	2º PROGRESO				3º EGRESO
ACOGIDA	**IDENTIFICACIÓN**	**ELABORACIÓN**	**CONSOLIDACIÓN**	**SERV. SOCIAL**	**DESPRENDIMIENTO GRADUAL**
• Respeto a reglamento, personal y normas de la institución • Integración en los diferentes grupos y actividades terapéuticas diarias, así como las distintas brigadas • Adaptación y respeto a horarios establecidos para actividades y servicios dentro de la institución	• Introyectar normas y valores de la comunidad terapéutica • Aprendizaje de las distintas filosofías de la comunidad • Realización de su autobiografía, identificando situaciones conflictivas a trabajar	• Trabajar en la solución de las situaciones conflictivas ya identificadas • Construir su proyecto de vida, partiendo del diagnóstico personal • Trabajar en el desarrollo de habilidades personales y sociales por medio de la participación en espacios individuales y grupales	• Fortalecer la red de apoyo familiar y social de acuerdo al proyecto de vida • Participar activamente y fungir como guía en las diferentes actividades y grupos dentro de la institución • Desarrollar habilidades que permitan afrontar y resolver las dificultades de la reincorporación social • Diseñar plan de servicio social	• Realizar actividades en pro de la comunidad; fomentando la cultura del trabajo, la participación, solidaridad y la responsabilidad • Poner en práctica las habilidades sociales y de afrontamiento • Realizar actividades fomentando un estilo de vida saludable • Diseñar plan de desprendimiento gradual	• Ejecutar un plan acorde con las necesidades y habilidades reales en su red de apoyo • Concretar y ejecutar el proyecto de vida • Afrontar situaciones que impliquen factores de riesgo, poniendo en práctica las habilidades desarrolladas • Desprenderse de forma satisfactoria de la comunidad y adaptarse a su medio externo • Fortalecer la integración social, laboral y familiar
1 MES	**1 MES**	**15 DÍAS**	**15 DÍAS**	**15 DÍAS**	**15 DÍAS**

6.- 50 CLAVES, REFLEXIONES, TIPS Y APRENDIZAJES EN NUESTRA CT

De manera más específica, considero conveniente compartir una muestra de lo que en esta Comunidad Terapéutica (CT) ha emergido en el tratamiento con los más de 550 usuarios y que puedo catalogar como claves, reflexiones, tips, temáticas importantes y aprendizajes.

1.- LA FIGURA PATERNA

Bastantes delincuentes y personas adictas a drogas suelen traer fuertes dificultades con sus padres o figuras paternas.

No es una frase al aire ni me lo saqué de las axilas, lo he visto y tratado en 23 años laborando en una cárcel.

No importa si el padre está muerto, enfermo o en otro lugar, tú puedes trabajar esto psicoterapéuticamente o espiritualmente.

Al fin y al cabo, se trata de transformar lo que tú traes de imagen, recuerdo, trauma, obsesión, asunto inconcluso o transtorno, o como le quieras llamar.

¿A qué se tiene que llegar para sanar nuestra relación con el padre? No podemos perdonar a Dios, no podemos perdonar a nuestro padre, solamente podemos comprender sus errores y omisiones y ofrecerle una disculpa por lo que lo hayamos afectado. Mientras no reconozcamos y honremos a nuestro padre estaremos errantes, fracasando y con sentimientos de vacío existencial. Renegar de nuestro origen, excluir o insultar al padre es una escupida al cielo (y en el simbolismo, el cielo, entre otras cosas, representa al padre).

Dice Bert Hellinger, creador de las Constelaciones Familiares: ¿Por qué es que una persona realmente acude a psicoterapia? Usualmente es porque la persona está alejada de otros. Tan pronto alguien se aleja de sus padres o de un padre, se pierde la energía y la fuerza. La persona empieza a experimentar los síntomas. La resolución es en realidad muy sencilla. Hay que reestablecer la conexión rota. ¿Cómo? ¿Qué

cualidades permiten que el consultante tenga éxito? Primero, el consultante debe estar conectado con sus padres o sus ancestros o con su destino particular, con su propia culpabilidad o con su muerte.

Claro, si no se arreglan las disfunciones con el padre, esto repercutirá cuando el hijo a su vez se convierta en padre.

¿Ejemplos de reconocer a nuestro padre? Tener una o más fotografías impresas o digitales en algún lugar donde las veamos frecuentemente (altar, oficina, computadora, portarretrato, etc.); incluirlo en nuestras oraciones; visitarlo y estar en comunicación suficiente con él; valorar lo que nos ha ofrecido desde que éramos niños, desde la sangre hasta un obsequio, un consejo o una habilidad de cualquier tipo. En tu corazón/pensamiento acepta sincero el paquete de vida que tu padre te ofrece, ya después lo revisas para ver qué deseas hacer con eso.

Una vez que reconozcas y honres a tu padre, valores lo que te dio y te da, entonces te darás cuenta hasta dónde puedes llegar con él o sin él. Es decir, no todos los padres e hij@s pueden llegar a la amistad o a la comunicación excelente.

Se trata de que cada uno por su cuenta sane sus heridas, además de la interacción entre ellos como miembros de su familia, porque siempre serán padre-hij@, independientemente de donde estén o con quien estén.

¿Dónde nos brincará la liebre con cara de padre? En el trabajo y en la escuela, así como con policías, guardias y personas que ejercen autoridad o liderazgo (civil, religioso, político, deportivo, etc.), lo que consciente o inconscientemente nos conectará con nuestro padre, surgiendo rencillas, desacatos, discusiones, agresiones violentas, y otros arrebatos que no están contra esa persona del presente sino con la persona del pasado, es decir, el padre o la figura paterna, al cual siguen aferrados y enganchados como náufragos en el mar. Me explico, en su corazón enganchan inconscientemente a la figura paterna, lo cual les duele y piensan que no tiene que ver con su padre. No es chiste, es algo metafórico.

Nuestro padre influye en nuestra parte social, comunicativa, laboral y disciplinaria. Hechos y actitudes en los padres, son más poderosos que sus discursos y sermones hacia sus hijos, me consta.

¿Por qué varias personas no creen en Dios o prefieren adorar a la Virgen o a la Santa Muerte? Así es, porque rechazan al padre, porque están conflictuados con la figura paterna. Y, "curiosamente", cuando se reconcilian con el padre o figura paterna es cuando empiezan a respetar y a creer en Dios (de cualquier manera o color que lo quieran concebir).

Lo ignorante es querer trabajar terapéuticamente con el cuerpo físico del padre. El error es rodear y la posibilidad de equivocarse o tardar cuando se pretende enfrentar a ese padre en su limitada carne humana. El camino más espinoso es cuando se le pide perdón al padre, cuando un camino más sencillo es el de ofrecer una disculpa; el que pide perdón se expone en bandeja mendigando, el que ofrece la disculpa manda la energía.

Para trabajar con el padre lo podemos hacer a distancia física, aunque haya muerto, esté lejos o ausente emocionalmente. Se ocupa nuestra mente y nuestro corazón, quizá su energía en una fotografía o en un objeto que la tenga capturada.

Vivimos, recordamos y trabajamos nuestro padre en el interior. No hay posesión demoniaca de nuestro padre en nosotros, por más abuso u omisión de la que se experimente. Hay una introyección, una experiencia, una influencia. Por eso trabajamos nuestro interior, donde reina lo que creemos de nuestro padre, lo que valoramos u odiamos, en donde está lo traumado según nuestra brocha que lo pintó.

La solución de trabajar nuestro interior…está en nuestro interior, lugar donde está nuestro padre del pasado, del presente y del futuro. Así mismo, en ese lugar encontraremos tarde o temprano al padre que seremos o que somos, entre espejos encantados y patroncitos camuflados. Dentro de mí, coexisten el pasado y el presente, mi padre y yo como padre,

mi hijo y yo como hijo. Los errores y aciertos que viví, y los aciertos y errores que cometí: como hijo y como padre.

Primero, recibe lo que te da tu padre, siendo agradecido: sus genes, su sangre, su historia, su árbol genealógico, sus enseñanzas valiosas y las no tan valiosas. Luego, tienes el derecho de elegir con qué te quedas y qué necesitas descontinuar y desechar ¿costumbres, maltratos, manías, tradiciones, gustos musicales, adicciones? Dios o La Vida te obligaron a nacer de ese padre y de esa madre. Y es tu derecho cómo manejar eso, incluyendo que seas un mejor padre hacia tus propios hijos.

2.- CONEXIÓN REALISTA CON EL USUARIO

En la CT del CERESO de Manzanillo (CM) procuramos hacer una conexión realista con los usuarios. Es decir, no andamos con "poses", mentiras o discursos elevados o abstractos. Lo realista lo aplicamos en aplicar con prácticas y actividades el tratamiento que otorgamos. Nuestro lenguaje también se adapta en parte al de los usuarios, mientras que la otra parte radica en que les hablemos como queremos que hablen. La terapia de realidad se relaciona también con respetar su pasado delincuencial y los daños que hayan cometido, respetar sus gustos religiosos, de música, etcétera. De hecho, esa información nos ha servido para facilitarles metáforas terapéuticas y usarla para su cambio. Por ejemplo, hemos tenido usuarios que se han motivado a través del rap, dibujos raros, canciones del género de banda, apasionados del fútbol. Hemos tenido usuarios que en el exterior han laborado como operadores de unidades de carga pesada ("traileros"), meseros, soldados, sicarios, albañiles, etcétera. Y todo lo anterior lo podemos aprovechar para enlazarlo con algo terapéutico que se ajuste a su estilo de vida: anécdotas, cuentos, historias, metáforas, comparaciones, refranes, entre otros recursos.

3.- DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL USUARIO EN NUESTRA CT

En nuestra CT, el usuario tiene obligaciones y derechos. Estos están a la vista de todos y son firmados por todos ellos después de que se les lee y explica, al igual que el reglamento de este programa de desintoxicación.

Son ejemplos de sus derechos los siguientes:

1.- Recibir atención técnica individualizada (médica, trabajo social, psicología, educativa u otra) cuando así lo requiera su necesidad, respetando los lineamientos establecidos para tal efecto.

2.- Contar con un expediente clínico que contenga entrevistas, diagnósticos y notas de atenciones recibidas. Y lo que exprese estará bajo consentimiento informado, ética, confidencialidad y protección de sus datos.

3.- Recibir sesiones grupales de colaboradores en temáticas preventivas, familiares, deportivas, psicológicas y espirituales que contribuyan en el tratamiento de su farmacodependencia.

4.- Recibir un trato digno, respetuoso, vigilado, protegido y sin discriminación de raza, religión, condición económica, estado físico o de otra índole.

5.- Recibir el servicio de urgencia, siempre que lo necesite por su estado de salud física o mental, valorándosele si se le atiende de manera local o externa a esta Institución.

6.- Recibir visita familiar presencial en 3 ocasiones durante la duración del programa, con frecuencia mensual, en el área de vinculación familiar autorizada.

7.- Tener acceso a realizar llamadas telefónicas y hacer pedidos a la tienda establecida al interior de este Centro penitenciario, de manera controlada por medio del Oficial de seguridad de turno.

8.- Recibir una o más constancias de participación en este programa, de parte de las Instituciones que así decidan

proporcionársela, como pueden ser este Centro penitenciario y/o alguna asociación o institución de colaboradores.

9.- Oportunidad de inconformarse sobre algo del programa, con respeto y disciplina, exponiendo la queja de acuerdo a sus necesidades, de forma oral o por escrito.

10.- Informarse de los objetivos de los tratamientos recibidos por el personal de este programa, sean colaboradores internos o externos.

11.- Egresar de este programa, pudiendo ocurrir por renuncia voluntaria, libertad jurídica, traslado autorizado a otro centro penitenciario, estado grave de salud o haber cumplido con los 120 días que dura el programa.

12.- Reingresar a este programa, recibiendo la oportunidad en una generación posterior o siendo autorizado como Hermano Mayor en la inmediata generación siguiente.

4.- ENTRAR EN CRISIS: Luchar, huir o congelarse.

Al estar en la CT, los usuarios adictos entran en crisis, temprano o tarde, cada quien teniendo su ritmo personal de toma de consciencia.

Al recibir terapias grupales e individuales, o al ver a otros compañeros recibirlas, los usuarios entran en crisis varias veces a lo largo de su estadía en la CT. El caso es que los usuarios adictos suelen reaccionar básicamente de 3 maneras:

A.- Los que luchan: Están los que afrontan honestamente con motivación de cambiar y superar su adicción. Aunque también están los que luchan defensivamente, justificándose y a veces recurriendo a la mentira y a la manipulación.

B.- Los que huyen: Estos usuarios realmente no estaban preparados lo suficiente para afrontar el superar su adicción. Se encierran en su egoísmo y conformismo. El *craving* que sienten termina siendo más fuerte que cualquier motivación de

cambio, prefiriendo seguir en la adicción. Otros deciden no cambiar el enganche de sus hábitos y rechazan las nuevas propuestas que se les hacen en la CT. Por eso, algunos de los que huyen lo hacen renunciando, mientras que otros huyen de manera indirecta, conflictuándose fuertemente con otros en discusiones o peleas, criticando a los demás usuarios o al personal trabajador bajo cualquier pretexto.

C.- Los que se congelan: Usuarios que se bloquean, se "paralizan" o "petrifican", no saben durante días o semanas si quedarse o renunciar. A veces es por miedo o porque están enfrentando una lucha interna entre sus egos y sus deseos de ser diferente, en psicología le llamamos "disonancia cognitiva".

5.- VIVIR AL DÍA.

Hay dos maneras de vivir al día. La primera de ellas es de manera responsable y la otra es de manera irresponsable.

La manera responsable es cuando la persona disfruta su aquí y ahora estando en concentración y enfocamiento. Para llegar a ese momento quizá previamente planificó o se organizó. Procura ser ecológico y evita dañar a los demás o a sí mismo.

La manera irresponsable es la que viven los usuarios adictos. Viven al día, pero de forma caótica, desorganizada, sin planificación ni proyecto de vida, viviendo "al ahí se va", autodestruyéndose y dañando a los demás de diversas maneras.

6.- ENTRENARSE EN LA NUEVA FORMA DE SER Y DE COMPORTARSE.

En esta C.T. se viene a entrenar una nueva manera de ser y una nueva manera de comportarse. Esta es una plataforma para ensayo y error, para aprender e intentar, una oportunidad para ser o hacer lo que no he sido o lo que no he hecho adecuadamente.

Este entrenamiento es para realizar y prepararse en lo que se pretende mejorar como persona sin usar drogas.

No se pretende en esta C.T. que el usuario se convierta en monje, sino en una mejor persona comparada con la que ingresó: un ser humano que ya no se drogue, ser un mejor padre, un mejor hijo, un mejor hermano, un mejor amigo, una mejor pareja, un mejor compañero.

7.- PLACER VS. FELICIDAD.

Muchos de los usuarios adictos cayeron en la trampa de confundir el placer con la felicidad. Gozaron dinero, poder, promiscuidad, posesiones materiales, a veces hasta fama. Creyeron y sintieron que eso era la cima de la felicidad.

¿Eres feliz cuando te drogas o solamente sientes placer?

¿Son felices los delincuentes organizados?

¿Entonces es malo el placer? El placer es útil hasta cierto punto. Ese punto es cuando se abusa del placer y cuando se le confunde con la felicidad.

El placer te electriza el cuerpo, pero la felicidad hace gozar tu Alma. A veces, necesitamos momentos de placer y a veces momentos de felicidad. La persona adicta está dominada por el exceso de placer y por poca o nula felicidad.

La clave es buscar el placer cuando sea necesario, sin abusar ni que nos rebase. Y ser feliz con lo que tengo y con lo que soy EN ESTE MOMENTO, AQUÍ, AHORA Y CON QUIENES ESTÉN A MI LADO. Si mañana o al rato quiero algo de tener o de ser diferente pues, será en otro tiempo cuando intente algo distinto.

8.- LA MANIPULACIÓN Y EL PAPEL DE VÍCTIMA.

Una de las características de personalidad del usuario adicto es que suele recurrir a la manipulación, al chantaje, a la mentira, la justificación infundada, incluyendo la negación de hechos donde es evidente un error o equivocación suya.

Dentro de la manipulación, el adicto suele asumir el rol de víctima, para evadir su rol de perpetrador y no responsabilizarse de sus carencias, daños o errores cometidos.

Esta victimización a veces es inconsciente, aunque parezca increíble, por lo que necesita un proceso terapéutico para hacer consciencia de su rol. Por supuesto que se observa esto en las diferentes interacciones grupales dentro de la CT.

9.- EL OLVIDO Y LA TRANSFORMACIÓN.

Malas noticias, señores usuarios: las cosas no se olvidan, a menos que haya un daño cerebral por un fuerte accidente. Entonces, la meta más realista no es olvidar, es transformar: la tristeza en paz, el enojo en tranquilidad, el resentimiento en perdón, la culpa en responsabilidad, las imágenes perturbadoras en imágenes neutras o en imágenes con la mínima perturbación. Con terapia, se transforman los sentimientos, los resentimientos, las sensaciones, los pensamientos, los duelos, las creencias, los traumas.

Es por eso que los traumas psicológicos y físicos, los problemas y las necesidades no podemos olvidarlas, aunque tengamos la voluntad.

10.- SIMPATÍA, EMPATÍA Y COMPASIÓN

Por su relevancia, voy a transcribir lo que ya compartí en otro de mis libros (“Más Ejercicios de Psicología Energética”, 2025) que, aunque va dirigido a los terapeutas, también se puede aplicar a consejeros en adicciones y otros facilitadores. Así que cambiaré la palabra “terapeutas” por “facilitadores”:

Primer error de algunos facilitadores: Solamente simpatía.

Educados, sonrientes, saludadores, simpáticos, a veces bromistas. Aunque incapaces o limitados para empatizar, o facilitar ayuda terapéutica para co-crear la sesión.

Segundo error de algunos facilitadores: Solamente empatía.

Capaces de ponerse en las sandalias de la otra persona para aproximarse a sentir como ella. Sin embargo, poco o nada capaces de ser compasivos en los momentos decisivos de facilitar ayuda terapéutica. Son aquell@s que se ponen a llorar con el consultante, como un capitán Garfio bloqueado y enganchado a la silla del consultante.

Tercer error de algunos facilitadores: Solamente pasión.

Estos terapeutas son los que le ponen pura emotividad y rechazan nuevas técnicas o a otros enfoques terapéuticos. O sea, cerrazón y, a veces, hasta fanatismo por cierto autor, enfoque, técnica o escuela terapéutica. Suelen ser muy duros y hasta confrontativos con consultantes o estudiantes que se caracterizan por ser muy intelectuales, racionales y escépticos.

Cuarto error de algunos facilitadores: Solamente compasión.

Capaces de sintonizarse con el Alma, pero con poca simpatía y poca o nada de empatía, además de limitados conocimientos o preparación. Son personas que “nacen con” o desarrollan rápidamente esta capacidad, aunque tienen que entender que esto no lo es todo en la cancha de la sesión. Porque un facilitador no es gurú ni curandero.

Una variante de error sobre la compasión es confundirla con la lástima. La compasión te permite poder facilitar y apoyar con una intención de amor y sin prejuicios. En cambio, la lástima viene de la soberbia egoísta de menospreciar y sentirse superior al otro.

Una postura compasiva la vemos en la Virgen de Guadalupe de México, ladeando ligeramente la cabeza hacia su derecha.

Quinto error de algunos facilitadores: Solamente técnicas.

Hay facilitadores que saben más que tú y que yo, con más conocimientos. Pero no basta saber ni tener la teoría o la ciencia, hay que tener también el arte, la creatividad, la inteligencia emocional (principalmente simpatía y empatía) y la sintonía con nuestra Alma para adaptarse a cualquier consultante y circunstancia que esté en nuestra capacidad de poder facilitarles ayuda. Ha habido investigaciones donde el resultado indica que las técnicas usadas representan alrededor del 15% de la efectividad de la terapia, ¿y entonces qué más contribuye? La respuesta está en no cometer los demás errores aquí señalados.

Sexto error de algunos facilitadores: Creer que el cambio surge únicamente por el consultante.

Ciertamente, la bolsa de basura la trae el consultante, pero la bolsa de errores que co-crean la sesión entre consultante y facilitador recaen en gran parte en el facilitador, por ejemplo: ¿Creas las condiciones de seguridad en tu consultorio según lo recomienda la Teoría Polivagal? Este tema lo desarrollo ampliamente en mi libro 'Teoría Polivagal Práctica y Terapia'.

¿Como terapeuta te preparas antes de la sesión relajándote, sintonizando tu Alma o meditando por lo menos unos minutos?

¿Eres realista con el consultante sobre las habilidades que necesita entrenar aparte de que llegue a superar un trauma, problema o conflicto?

¿Cómo te adaptas a las condiciones socioeconofamiliares y culturales que vive el consultante?

¿Sabías que ser demasiado directivo o centrar la sesión demasiado en el consultante puede desbalancear el proceso terapéutico?

¿Qué tan consciente estás que la co-creación de una sesión se desarrolla con transferencias (electromagnéticas, verbales, transverbales y corporales) y contratransferencias? Sí, tu corazón y tu cerebro emiten ondas electromagnéticas constantemente, que hasta se pueden medir con aparatos, esto ya no es ciencia ficción. Entonces ¿eres capaz de detectar cuáles son las resonancias energéticas en tu cuerpo y enganches con determinado consultante en determinada sesión con determinado tema? ¿y cómo los trabajas terapéuticamente?

11.- BENEFICIOS DE TRABAJAR EN SÍ MISMO.

No es suposición, lo he visto durante 23 años que ando en esto: primero con mis dos ojos y luego con mis "4 ojos". Los usuarios adictos que trabajan honestamente en sí mismos, principalmente de manera psicológica, familiar y espiritualmente, luego obtienen beneficios, a corto, mediano o largo plazo.

Beneficios en cuanto a su situación jurídica: Suceden libertades anticipadas, reducciones de años de sentencias, libertades inesperadas en delitos con sentencias largas, etcétera.

Beneficios familiares: Ocurren reconciliaciones, contactos y visitas inesperadas de familiares,

Beneficios físicos: Mejoran su salud física, bajan de peso, mejoran su habilidad de movimientos musculares y en juegos deportivos.

Beneficios psicológicos: Logran superar varios traumas, dolores emocionales y problemáticas de personalidad, aumentan su autoestima y mejora su autoconcepto.

Beneficios sociales: Incrementan sus habilidades asertivas y de hablar ante otras personas. Disminuyen sus agresiones y los conflictos con otras personas.

Beneficios al interior del Centro penitenciario: Aumento de la reputación y credibilidad del usuario, surgimiento de oportunidades en trabajos, encomiendas y ofrecimientos de tareas a realizar.

¿Cómo se manifiesta el cambio real de un usuario y cómo lo notamos?

Aprendemos a conocer al usuario lo suficiente para detectar si sus cambios son fingidos o reales. Somos varios trabajadores (y también los ojos de otros usuarios) quienes vemos la evolución de un usuario. Los mejores momentos y lugares para observarlo o escucharlo es cuando está en el deporte, en los juegos de mesa, en sus actitudes cuando no se sienta observado, en las actividades cotidianas y en sus interacciones con los demás usuarios y con sus familiares.

12.- TERAPIA DE CONFRONTACIÓN

Cuando es de un usuario a otro, un coordinador o colaborador fungirá de moderador para que no se salga de control la confrontación, utilizando estrategias de compasión y apegándose a los lineamientos de la CT.

Tanto la confrontación como los señalamientos tienen fines terapéuticos en la CT. Como dice Cobián Cernas (2022, comunicación personal): “El señalamiento entrena su tolerancia a las críticas”.

La metodología de CT nos marca que, siempre que el usuario sea objeto de un señalamiento, debe aceptarlo y dar las gracias, sin debatirlo ni justificarlo en ese momento —ya habrá otro espacio individual o grupal donde pueda debatir o justificarse—. Eso sí, lo que no se puede hacer señalamientos durante actividades psicoterapéuticas, espirituales, meditaciones o en los momentos de comida.

Pedro Aceves (2019) le llama “Terapia de Choque” para confrontar directa o indirectamente y desestructurar actitudes, hábitos, creencias, sentimientos, costumbres, lenguaje, acciones inadecuadas, etcétera. Con el fin de lograr cambios y transformaciones del usuario, como persona y como miembro de un grupo, buscando el aprendizaje personal y el aprendizaje social.

Es importante no confundir este tipo de terapia con improvisadas confrontaciones agresivas o con confrontaciones Gestalt. Aunque esta última, junto con estrategias de Terapia Provocativa me han resultado útiles aplicarlas en ciertos momentos y ante ciertos usuarios. Para los interesados en profundizar en el tipo de Terapia Provocativa, les sugiero leer los libros de Frank Farrelly (1974), Hollander y Wijnberg (2006) y, en el medio español, Federico Sarink (2019), consultando las referencias al final de este capítulo.

13.- LA CANCHA PSICOLÓGICA Y EL DORMITORIO

La cancha de usos múltiples y la zona de dormitorio se vuelven espacios que van más allá de lo deportivo, lúdico o de descanso. Los juegos deportivos —y hasta los juegos de mesa— te desenmascaran tal como eres.

La cancha es un rectángulo donde los usuarios liberan y expresan su verdadera personalidad, porque suelen jugar sin la máscara puesta. Si somos activos observadores y escuchadores, veremos y oiremos en ese lugar a personas con conductas de liderazgo, sumisión, violencia, agresión pasiva, manipulación, pesimismo, optimismo, perseverancia, disciplinada, victimización, etcétera.

En la zona de dormitorio, las personas relajan su comportamiento y creen que no están siendo vigilados por alguna autoridad del establecimiento, lo que muchas veces desata conductas inapropiadas o de llevaderas. Una de las maneras recomendables para evitar excesos es estar atentos a lo que pasa en esos espacios, para detectar o neutralizar posibles riñas o derivar asuntos a trabajo terapéutico

emocional. Por ejemplo, en el programa del CERESO de Manzanillo, al monitorear el desempeño deportivo de los usuarios nos hemos dado cuenta de sus estados de ánimo y de muchas de sus motivaciones. Y en cuanto a monitorear la zona de dormitorios, no es que estemos al pie de ese lugar, sino que a una distancia prudente y con rondines frecuentes nos damos cuenta de la "temperatura" del lugar, si las cosas están "calientes", "tibias" o "frías".

14.- REHABILITACIÓN NO ES IGUAL A RECUPERACIÓN.

La rehabilitación de una persona se da como una reanudación de las actividades cotidianas de esta, después de haber concluido parcial o totalmente un tratamiento residencial o ambulatorio. Sin embargo, esto no siempre significa que sea una recuperación real. Esto último se verá y evaluará con el paso del tiempo. Es decir, el estar rehabilitado en determinado momento no garantiza que el usuario ya nunca tendrá recaídas.

15.- USUARIOS ADICTOS SUFRIERON ABUSO SEXUAL

Pedro Damián Aceves afirma que, en su experiencia de muchos en el mundo de las comunidades terapéuticas, la mayoría de los usuarios están resentidos por algo o contra alguien; además de que aproximadamente un 20% de los que ingresan a las CT traen historial de violación o abuso sexual.

Coincido con Pedro Aceves. Yo también he visto este fenómeno en los dos programas ejercidos en el CERESO de Manzanillo. Y mi cálculo también es de aproximadamente un 20%, o sea, uno de cada cinco usuarios adictos a drogas ha sufrido algún tipo de abuso o violación sexual en su historia de vida.

Por supuesto que hay quienes no lo mencionan durante la entrevista, por vergüenza o porque creen que eso no se

relaciona con su farmacodependencia. Después, terminan reconociéndolo, a veces en terapias individuales.

16.- FILOSOFAR EN LOS ENCUENTROS DE LA MAÑANA

En ocasiones las frases o citas bíblicas del día que se discuten nos llevan a filosofar sobre los valores, sentido de vida, espiritualidad y el papel que tenemos en la sociedad. Es decir, no es cierto que solamente los griegos o unos pocos extranjeros pueden filosofar. Los usuarios también han sido capaces de hacerlo, sobre todo cuando se les brinda la confianza y el espacio adecuados para hacerlo y se inspiren en compartir reflexiones desde lo más profundo de su ser y de sus experiencias alrededor de la adicción.

17.- EL SENTIDO TERAPÉUTICO, REEDUCATIVO Y RITUALISTA

En la Comunidad Terapéutica, todas las actividades y situaciones, planeadas o no, tienen un sentido terapéutico, reeducativo y ritualista. Así, el hablar, compartir, jugar, aprender, comer, dormir, escuchar, o enseñar, tanto a nivel colectivo como individual. En su mundo de adicción o de delincuencia, al usuario se le enseñó a ser insensible, acá en la CT se le enseña a ser sensible.

“Toda la Comunidad Terapéutica está ritualizada”, aseguraba el experimentado Pedro Damián Aceves Aguirre en la XII capacitación en actualización del método de CT celebrada en 2019 en la ciudad de Colima. También comentó que hacer especiales y ceremoniosos todos los espacios y actividades en comunidad, ayuda al usuario a hacerse familiar con el sistema y romper con la relación de la historia Hombre-Droga, en donde se evidencia una simbología y ritualidad hacia lo negativo, por la fantasía temporal del placer destructor que deja las drogas.

Elena Goti (2009), una de las primeras expertas referentes para las comunidades terapéuticas latinoamericanas, en su capítulo de Ritualización, señala: "Todos los días a las mismas horas ocurren las mismas cosas. Cada gesto, cada movimiento está previsto y tiene una determinada y prefijada manera de ocurrir. Nada es dejado a la improvisación ni a la espontaneidad. Este sistema pronto se vuelve familiar al residente quien siente que pertenece a una estructura. Todo el ritual va dando un sentido concreto a los conceptos, quizás abstractos, adquiridos durante los sermones. Los rituales sirven además para ayudar a la cohesión grupal.".

La ritualidad en la CT se da en varias actividades donde los usuarios conviven con reconocimientos, valores, conductas, palabras, educación y actitudes condicionadas y entrenadas bajo la filosofía y metas de la CT en particular, porque hay que recordar que cada comunidad le da su sello específico adaptado a cada actividad. Por ejemplo, algunos de los que usamos en la CT del CERESO de Manzanillo son:

1.- Ritual de ingreso. 2.- Ritual para iniciar un Grupo de Encuentro. 3.- Ritual para consumir alimentos. 4.- Ritual antes de dormir. 5.- Ritual de clausura o graduación. 6.- Ritual de recibimiento a colaboradores y visitantes. 7.- Ritual para motivar a compañeros usuarios. 8.- Ritual para señalamientos. 9.- Ritual para asambleas. 10.- Ritual para sesiones terapéuticas grupales, entre otros rituales.

Para mayor información específica sobre los rituales, ver en este libro el capítulo de 'La Comunidad Terapéutica en el CERESO de Manzanillo'.

18.- LA TRIBUNA Y LA TERAPIA.

La Tribuna usada por muchos grupos de adictos es útil, sí...hasta cierta raya. La raya donde considero que se queda limitada la tribuna es cuando muchos nos preguntamos ¿y ahora qué vas a hacer con ese vómito que desahogaste? Muchas veces no basta con maldecir, gritar a los 4 puntos

cardinales o vomitar nuestros pesares. Se necesitan otros métodos que complementen a la tribuna. Aquí es donde entra la gran ayuda que proporciona la terapia profesional, sobre todo la psicoterapia, la terapia médica, la terapia familiar, la terapia espiritual, entre otras. Valga la comparación, es como si una persona quiere cambiar valiéndose de leer libros. No dudo que algunos cambiarán, sin embargo, la mayoría de ellos requerirán un terapeuta, un orientador o un guía que lleve a lo práctico, a trabajar el cuerpo, la mente y el espíritu. En resumidas cuentas, la tribuna es un recurso útil, sí, aunque limitado. De hecho, en esta CT tenemos sesiones para usar la tribuna, y también sesiones de terapias ya mencionadas (psicológica, familiar, médica, espiritual).

19.- SISTEMATIZACIÓN Y ORDEN

En esta CT del CM, los procesos administrativos y la aplicación del tratamiento y de la metodología de CT se ha ido afinando y mejorando con el paso del tiempo a lo largo de estos años de desarrollo. Claro que ha habido adaptaciones, carencias, tiempos de receso para luego reabrir la CT a nuevos usuarios, cambios de personal trabajador y de colaboradores, cambios y actualizaciones en el reglamento, etcétera.

Eso sí, trabajadores, colaboradores y usuarios llegan y algún día se van, pero la metodología y los procesos de la CT persisten. Porque la CT es más grande que cualquiera de sus partes que la componen. En terapia Gestalt se dice que “el Todo es más que la suma de sus partes”.

20.- ESPIRITUALIDAD

Lo espiritual no solamente se practica con acciones religiosas (católicas, cristianas o de otras denominaciones, por ejemplo), sino que también se manifiesta en acciones ecológicas, altruismo, lectura de libros sagrados, oraciones diversas, meditaciones, prácticas de yogas, cuenquería (uso de cuencos de cuarzo), intencionar positivamente los rituales,

servir a otros y confiar —o no— en un Poder Superior, independientemente de que se tenga y/o se practique una doctrina específica. Incluso, existen algunas CT que invitan a sacerdotes para facilitar misa eucarística, sacramentos y confesiones. En la CT del CM no se obliga a los usuarios a que se adoctrinen a determinada religión, aunque tampoco se les permite practicar abiertamente cultos que se consideran de riesgo en cuanto a los criterios de seguridad y perturbadores de la dinámica grupal, por ejemplo, los cultos a Satanás y a la Santa Muerte.

Como dato curioso, a mediados de la década de 1980, Gabriel Mejía, sacerdote de la Congregación católica de los Claretianos, junto con un equipo de trabajo, adaptó el modelo de CT para Colombia (Hogares Claret), basándose en trabajos ya realizados en Italia, Estados Unidos y República Dominicana, porque este modelo data desde la década de 1950.

21.- EL REPORTAJE QUE NUNCA FUE PUBLICADO

Como anécdota, resulta que en el año 2024 una reportera de una televisora muy importante a nivel nacional visitó las instalaciones de esta CT del CM. Traía una cámara grabando y entrevistó al coordinador (autor de este libro). Las respuestas que di fueron puntuales. Por cierto, cuando llegaron a la sala de terapia estaba yo facilitando una terapia grupal que les expliqué brevemente, como parte de la entrevista. Obviamente, presumí que este establecimiento, con los 2 programas penitenciarios para tratamiento de adicciones que ha tenido a lo largo de 19 años (hasta ese momento) ha logrado varios reconocimientos y certificaciones estatales y nacionales.

Algunos nos emocionamos de que nos hicieran una visita tan importante, por lo que estábamos a la expectativa de cuando fuera publicado el reportaje. Pasaron los días, las semanas…y no publicaban nada. Raro el asunto. Ya después me enteraría que dicha televisora (o la reportera, no nos quedó tan claro) tenía el objetivo perverso de tergiversar la información de esta CT para hablar mal de lo que se hace aquí, todo con el propósito de “golpetear” al entonces secretario de

Seguridad Pública del estado. Total, que impidieron que se publicara el reportaje manipulado. Y la emoción de alegría se volvió un sentimiento de decepción. Prefiero no decir el nombre de la reportera ni de la televisora.

La mejor publicidad que tenemos de este programa es la que sale de la recomendación de boca en boca de la mayoría de los que han recibido este tratamiento, más allá de lo que nosotros podamos promover.

22.- ¿ENFERMO DE POR VIDA?

Admiro a los Alcohólicos Anónimos, mi padre ha estado ahí muchos años, sin embargo, hay algunas cosas que no comparto de ese modelo, por ejemplo, cuando les dicen que por siempre serán alcohólicos enfermos, y que se estén repitiendo esto cada vez. Eso genera que estén decretando su alcoholismo. Como yo profiero lo del "aquí y ahora", para mí alguien de ellos no es alcohólico en este momento, lo fue en su pasado (hace unas horas, días o años), y hoy no lo es, mañana quién sabe.

Prefiero una visión del presente, optimista, abierta al cambio y no una visión pesimista de 1935 de que "ya se fregaron de por vida".

Y esto aplica en la farmacodependencia o drogadicción, si les obligan a que acepten que son drogadictos de por vida pues, caray, nomás faltaría que les den una soga y que la película ya se acabó.

Cuestión de modelos, cuestión de enfoques, cuestión de rematar o dar esperanza al caído, algunos dirán: "es que así es el modelo imperante"…¿y? tengo derecho a cuestionar lo imperante, sobre todo cuando lo hago de la mano de la experiencia de haber tratado a cientos de personas que fueron drogadictas o alcohólicas, algunas que ya no lo son y algunas que recayeron.

23.- LA DISCULPA Y EL PERDÓN

¿Dañaste a una persona? Meta: Ofrecer una disculpa.

¿Una persona te dañó? Meta: Perdonarla.

¿Qué hay en el sendero a recorrer para lo anterior? El auto-perdón y las etapas de negación, enojo, negociación, tristeza y aceptación.

Maneras inadecuadas de ofrecer una disculpa son: "¿Me disculpas?", "¿Me perdonas?", "Te pido perdón", "Te pido me perdones, por favor". Esto nos pone en una posición inferior, porque el otro tiene el sartén en su mano, y le estamos dando todo el poder a la otra persona, la cual puede atreverse a decirnos que no nos perdonará porque no le interesa hacerlo o porque sigue enojada. Por eso, es una manera inadecuada y espinosa de intentarlo.

Maneras adecuadas de ofrecer una disculpa son: "Lo lamento", "Lo siento", "Te ofrezco una disculpa", "Me disculpo contigo". Ofrecer una disculpa es quitarnos la culpa que sentimos, aunque más bien sería aceptar la responsabilidad de nuestra falta y reconocerla ante el otro. Hay que transformar la culpa en responsabilidad.

Las maneras de perdonar u ofrecer una disculpa pueden ser visualizadas y guiadas en terapia, con oraciones espiritualizadas o dichas ante la presencia física de la otra persona (destinataria o un representante constelado de esta).

24.- REPARACIÓN

Después de la disculpa no viene la fiesta, sigue la reparación. ¿De qué maneras puedo reparar el daño que hice a esa persona, a mi familia o a la sociedad? Cada quien tendrá sus maneras: creativas de hacerlo: económicas, morales, altruistas, verbales, simbólicas, indirectas o directas, directamente con la persona dañada, con una persona cercana a ella o hasta con una persona desconocida, etc.

Alejandro Jodorowsky defiende la importancia de reparar los daños que hice o que recibí. Esta reparación puede ser de diversas formas: con algún acto psicomágico, económica, con enseñanza, sacrificios, obsequios, compromisos, entre otras alternativas. Hay que reparar con dinero, con afecto, con tiempo, con paciencia, con regalos, con cumplir promesas y responsabilidades, con reparaciones como padre, como hijo, como hermano, como jefe, como subordinado, como abuelo, con actos altruistas, con civilidad y educación, con ser mejor persona, con arrepentimiento.

¿Hacia quién va dirigida la reparación? En intención, hacia quien dañé. Si físicamente no puedo reparar directamente con esa persona (porque me expongo a insultos, rechazo, demandas o indiferencia), entonces lo puedo hacer ante alguien cercano a esa persona, y en último caso ante un extraño.

Dice la novena tradición de Alcohólicos Anónimos (AA): "Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros". Mientras que el Octavo Paso de AA dice: "Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos".

25.- PACIENCIA CON USUARIOS LENTOS

Entre los usuarios que ingresan a la C.T., por ejemplo, en la C.T. penitenciaria donde he participado 12 años, es frecuente encontrar algunos que son de lento aprendizaje, a veces por una baja capacidad intelectual, otras veces por un daño evidente que han tenido por el abuso continuado de drogas durante años.

Si a esto le agregamos que varios de estos son distraídos o no tienen la habilidad de saber escuchar pues, ante este panorama, hay que tener mucha paciencia al facilitarles instrucciones, al facilitarles el tratamiento terapéutico, al tener

que repetirles algo porque no entendieron o porque no escucharon lo que dijimos segundos o minutos antes.

26.- EL HERMANO MAYOR

La figura del hermano mayor en la comunidad terapéutica da cabida al proceso de rehabilitación de manera bidireccional, es decir, el hermano mayor es aquella persona que al haber transitado en el tratamiento y al haber alcanzado un apego importante con su compromiso de cambio, conoce las reglas, evidencia su compromiso con el tratamiento y, como resultado, actúa en pro del cumplimiento de sus metas y de la estabilidad de la Comunidad terapéutica. Al ser un/a residente que se encuentra en una etapa avanzada del proceso muestra a sus compañeros (modelamiento) las conductas compatibles con el tratamiento que favorecerán el éxito mismo. De ser un modelo para sus compañeros, el figurar como hermano mayor representa un reforzador positivo social, lo cual favorece el crecimiento bidireccional dentro del tratamiento residencial (Centros de Integración Juvenil, 2022).

En la CT de la que formamos parte, la figura del Hermano Mayor se adquiere, primeramente, por el interés y solicitud del interesado, usuario próximo a egresar de su generación. Se le valora en el Comité Técnico y, en caso de ser autorizado, se le delegan funciones de guía para sus nuevos compañeros usuarios (de la siguiente generación a la suya). También, necesita continuar profundizando en el tratamiento terapéutico. La utilidad del Hermano Mayor es que nos puede brindar una perspectiva a nivel de usuario, nos puede prevenir de algunas problemáticas que no detectemos las autoridades o colaboradores y, por supuesto, este usuario también gana por recibir más tratamiento y preparación para su vida.

27.- EL TRATO HUMANISTA

A la persona privada de su libertad se le trata como persona, no como animal. Es decir, se le trata con respeto, disciplina, amor y compasión. Más allá de sus antecedentes

delictivos, se le guía pacientemente, se le orienta y se le enseña lo que no sepa hacer, tanto psicológica y deportivamente, como en lo laboral y en lo sociofamiliar.

28.- LA DISCIPLINA

Se le enseña y facilita disciplina, no se le tortura. Aquí no hay castigos arbitrarios ni obsesión por expulsarlos del programa. Antes de una sanción se tienen con ellos llamadas de atención y diálogo con el usuario —o con los usuarios, si es que hubiera dos o más involucrados—. De hecho, se tiene un manual disciplinario que clarifica las sanciones.

No basta dar un servicio con empatía y compasión si no hay disciplina de parte del usuario. Por supuesto que hay que tener paciencia, comprensión y flexibilidad al evaluar a un usuario en este aspecto.

Se le enseña al usuario a adaptarse a las reglas y a limpiar su cuerpo, su dormitorio, su Comunidad Terapéutica, su espíritu y su mente.

29.- TENER CONTROL EN LA DOCUMENTACIÓN

Se tiene completo el expediente del usuario. Los formatos, cuestionarios y consultas que cada usuario realiza se insertan en su expediente individual.

Asimismo, se tienen formatos de control de actividades grupales que son llenados, analizados y archivados.

Tener control sobre la documentación es útil para evaluar las actividades de la CT y también para comprobar el funcionamiento y control de las actividades ante las personas que acuden a supervisarnos.

30.- ÉNFASIS EN OFRECER TERAPIAS

Se pone especial énfasis en brindar bastantes sesiones de terapias grupales e individuales, de diversa índole: tanto psicoterapéuticas como juntas de ayuda mutua y terapias con temáticas disciplinarias, aprovechamiento de tiempo libre, cineterapia, musicoterapia, ludoterapia, relajación, entre otras.

31.- APRENDER DE LOS ERRORES

Durante estos 20 años de existencia, hemos aprendido de los errores y hemos subsanado las carencias infraestructurales y de metodología que en algún momento se nos han hecho en supervisiones. Hay una comunicación permanente entre los encargados del programa para monitorear lo que sucede en este programa: autoridades, Coordinador, trabajadores, colaboradores y Oficiales de seguridad y custodia.

Asimismo, se han acumulado los esfuerzos de las distintas autoridades que, a lo largo de los años, unas más y otras menos, han dotado de infraestructura, materiales y mantenimiento a este programa,

32.- SER CONGRUENTE EN LO QUE DECIMOS Y EN LO QUE HACEMOS.

Poner el ejemplo los trabajadores y los propios usuarios que lo hagan en su rol de como padres, hermanos o hijos. Si el usuario nota incongruencias en el consejero, el psicólogo o cualquier otro trabajador o colaborador, pues eso manchará el proceso de enseñanza-aprendizaje del usuario, Por su parte, las incongruencias del usuario le cerrarán las puertas ante sus familiares, lo cual se le hace concientizar.

33.- LA MOTIVACIÓN.

La motivación del usuario tiene que ser permanente a lo largo de todo su tratamiento, además de que haya aprendido

a mantenerla fuera de la CT. De por sí, la motivación del usuario fue relevante para iniciar el proceso de cambio en la CT.

¿Qué es lo que te motiva a seguir viviendo, es algo que está dentro de ti o afuera?

¿Cuáles son tus principales 5 valores que motivan tu vida?

34.- EL SENTIDO DE VIDA, DE METAS Y OBJETIVOS

Para que un usuario supere una adicción a drogas no suele ser suficiente el cambio de hábitos, muchas veces se necesitan cambios profundos espirituales y existenciales.

¿Vale la pena seguir el mismo sentido de vida que se tenía mientras se estaba en la adicción?

¿Qué más tiene que pasar para que dejemos de consumir esas sustancias dañinas para nuestro cuerpo?

Por otra parte, ¿cuál es nuestro proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo?

¿Cuáles son las metas que quiero lograr y qué acciones u objetivos tengo que hacer para lograr llegar a esas metas?

¿Cuántos años quieres vivir?

¿A cuál Destino quieres llegar? Porque hay muchos posibles Destinos, así como hay veredas, carreteras y puertas que son posibilidades que dependen de nuestras decisiones.

La vida no tiene sentido, yo le tengo que dar un sentido para mí, así como puedo pintar mi casa con los colores que yo decida.

35.- VALORES QUE ENFATIZAMOS EN ESTA CT

Compromiso. Humildad. Solidaridad. Honestidad. Respeto. Familia. Aprendizaje. Confianza. Perseverancia. Perdonar. Disculparse. Altruismo. Comunidad. Voluntad. Gratitud. Amor. Reparación. Integración.

La Comunidad

El propio nombre de Comunidad lo dice: como-una-unidad. Se trata de que los participantes en esta Comunidad Terapéutica (todos, desde autoridades, trabajadores hasta usuarios) trabajemos en unidad, en sintonía, aportando lo que cada quien tenga que aportar a esta Comunidad. Algunas personas aportan material, otros dan enseñanza, unos más obtienen aprendizaje y realización de tareas, mientras hay quienes aportan directivas a seguir.

La unidad se tiene que reflejar en el funcionamiento de este sistema como equipo, no como un simple grupo o conglomerado de personas desvinculadas. Se trata de funcionar intelectual, afectiva y socialmente en este lugar: en las brigadas, en las terapias y tareas grupales, en la responsabilidad propia y compartida de las encomiendas que vayan surgiendo.

Si el usuario no es capaz o por voluntad no quiere adaptarse en esta Comunidad, entonces creemos que tendrá muy poca probabilidad de hacerlo en las otras comunidades o sistemas a los que pertenece: familia, trabajo, escuela, colonia, etc.

El Respeto

Respetar la dignidad de las personas es uno de los valores a los que más ponemos énfasis en esta CT Porque este valor es de la mayor relevancia en casi todos los ámbitos en que se desenvuelva el usuario, sobre todo en la CT, en su familia y en sus círculos sociales. Se le enseña a respetar y considerar a quienes piensen distinto que nosotros, a respetar las creencias religiosas y costumbres de otros, a respetar preferencias e identidades sexuales, el respeto a otras personas con adicciones, a respetar a las mujeres para evitar la violencia de género, a respetar a sus padres, hermanos e

hijos, etcétera. Fomentando el respeto evitamos el bullying (conocido por muchos como burling o carrilla), incrementándose la calidad en las interacciones que hagan los usuarios.

La Solidaridad

Se les enseña a ser solidarios, en la brigada que participen, en su dormitorio, en la sala de terapia, en el comedor, con sus compañeros de grupo y de equipo. Aunque el sol sale para todos, a veces otro compañero necesita nuestra solidaridad y apoyo en un asunto de habilidad, de conocimiento o en algo emocional. Hoy por él y mañana alguien por mí.

La Humildad

Tanto del usuario como del orientador. En la humildad conectamos con nuestra sencillez, con los pies en la tierra y la mirada hacia los ojos de la otra persona, a veces reflexionando con la barbilla hacia el corazón.

La Familia

Para su rehabilitación y para una prevención de recaídas, el usuario necesita el apoyo familiar, siendo este núcleo una de las variables más importantes para él, en cuanto a reconciliaciones, superación de conflictos y de traumas. Porque muchas veces ahí está el botón relacionado con el origen de una adicción.

La Responsabilidad

Muchos usuarios adictos llegan con diversas irresponsabilidades en sus actos cometidos en todas las esferas de su vida, lo que les ha generado problemáticas, separaciones de personas, frustraciones y hasta cárcel. Por lo que en esta CT se les motiva a ser responsables, tanto de sus acciones pasadas como de las presentes. Por cierto, una de las maneras en que se trabaja la culpa es transformándola en responsabilidad. En eso que te sientes culpable ¿de qué te

haces responsable? ¿Y, de qué manera puedes reparar lo que pasó?

Enseñanza-aprendizaje

Este combo educativo y reeducativo es esencial en el tratamiento de la CT. El trabajador necesita capacitarse para desarrollar la habilidad de enseñar, mientras que el usuario adicto necesita tener la apertura de aprender valores, conocimientos y nuevos hábitos. Todo esto aplicado a las diferentes áreas que conforman la CT, no solamente lo escolar.

El Compromiso

Como parte de los requisitos de inicio, se pide al usuario que se comprometa de las siguientes maneras:

1.- Contestar y firmar una hoja de Compromiso existencial.

2.- Leer y firmar una hoja de Consentimiento informado sobre el tipo de tratamiento que estará recibiendo.

3.- Leer y firmar de enterado los derechos y las obligaciones mientras esté en esta CT.

36.- MECANISMOS PARA ATENCIÓN DE NECESIDADES Y QUEJAS

La totalidad de los usuarios de la generación en curso de esta CT han requerido una o más ocasiones que se les resuelva una necesidad o queja por medio de este Coordinador, Oficial de Seguridad asignado y/o por las áreas de Trabajo Social, Subdirección Jurídica y Subdirección Técnica. Las necesidades han sido sobre artículos de higiene, trámites familiares, actividades escolares, lectura de libros, trámites jurídicos, etcétera.

Los medios para expresar estas necesidades y quejas han sido los siguientes:

1.- Buzón de quejas

Se tiene un buzón para que los usuarios puedan colocar quejas escritas, el cual se revisa semanalmente.

2.- Espacio diario destinado para Recordatorio de ayudas

Dentro de la actividad matutina diaria de 'Encuentro de la mañana' se destina un periodo de tiempo —después de la presentación— para que voluntaria y libremente algún usuario exprese una necesidad o señalamiento sobre alguna carencia de material, infraestructura o queja respecto a algún compañero o aspecto del programa.

A lo cual el Coordinador responde o toma nota y gestiona lo correspondiente al área pertinente, lo cual ha sucedido en múltiples ocasiones, habiendo respeto de parte de los voluntarios.

3- Recepción en entrevista individual de retroalimentación

Otra manera en que se obtiene retroalimentación con los usuarios es a través de la entrevista individual, fungiendo como receptor de información un colaborador, un Oficial de Seguridad y Custodia, la subdirectora Técnica, el director de este Penal o el propio Coordinador del programa. Una vez analizada la necesidad, queja u observación se procede a hacer lo pertinente: analizarla junto con el Oficial de Seguridad y Custodia o con algún superior, elaborar algún oficio para cubrir la necesidad o tomar una decisión al respecto para solucionar y dar trámite a lo expresado, hacia las diferentes subdirecciones: técnica, jurídica y administrativa, así como a los departamentos correspondientes: trabajo social, educativa, médica, seguridad y custodia, administración, almacén, mantenimiento, etcétera.

En la oficina de este programa de la CT se cuenta con una carpeta de oficios donde se tienen por escrito las gestiones de necesidades del programa y de los usuarios de este módulo, las cuales, como ya se señaló, fueron canalizadas a diferentes

áreas de esta Institución. Además, esas áreas, en sus expedientes, cuentan con peticiones escritas por los usuarios de este programa, que han sido atendidas por los profesionales de dichas áreas.

No omito mencionar que los mecanismos de expresión de necesidades y quejas están señalados en el Manual de Procedimientos de esta CT.

Finalmente, señalar que, durante las generaciones de esta CT, hasta el momento, ningún voluntario ha sido sancionado por expresar sus necesidades en las diferentes áreas que solicitó atención.

37.- CONFIDENCIALIDAD.

Guardar secrecía lo que nos platique un usuario. De hecho, esto se especifica dentro de la carta de consentimiento informado. Sugiero que se les diga que no nos interesa saber

detalles específicos de organizaciones criminales ni nombres de delincuentes, solamente nos interesa saber los hechos, el contexto y qué pasó esa vez que tuvo una experiencia desafortunada de su adicción o de su historia de vida.

38.- LA HIPOCRESÍA.

Todos hemos sido hipócritas algunas veces. El hacer algo en la CT o el que le brindes atención a un usuario le puede parecer hipócrita a más de uno de estos, sin embargo, hay que entender y explicar que hay usuarios desconfiados y pesimistas que son así por experiencias frustrantes o traumáticas a lo largo de su vida, sin querer decir esto que todas las personas son tóxicas o malvadas.

39.- TRASCENDER LAS POLARIDADES.

La cumbre de los opuestos es la metaposición con los miles de matices que hay de los colores, no solamente existiendo el negro y el blanco. Esto aplica también para las emociones, valores, pensamientos, creencias, juicios, rasgos de personalidad, patología y psicopatologías, etcétera. Aunque suele ser un tema psicoterapéutico, también suele ser una temática que se puede abordar ampliamente al discutir y filosofar algunas frases de autoayuda.

Muchos usuarios suelen pensar de forma dual, creyendo que las cosas son blancas o negras.

40.- LAS REGLAS DEL GRUPO TERAPÉUTICO

Cada generación de usuarios en la CT del CM consensa sus propias reglas terapéuticas, las que los regirán en sus sesiones terapéuticas grupales. Esas reglas las suelen acordar siendo moderados por algún terapeuta, colaborador o hasta por el coordinador del programa. Y se plasman en una cartulina que se pega a la vista de todos en la sala de terapia.

Suelen elegir entre 10 y 15 reglas. Ejemplos de estas —cada vez varían, aunque la mayoría siguen siendo similares a las de la generación anterior— son las siguientes: Respeto al compañero y al facilitador. Confidencialidad de lo que se comparte. Solidaridad y apoyo a los demás usuarios. Escuchar con atención al facilitador y a los demás usuarios. Honestidad al compartir experiencias. Entre otros compromisos.

41.- TRABAJAR LOS EGOS Y NIÑOS INTERIORES CON PERMISO

En ocasiones, la terapia se atora porque no se le reconoce o pide permiso al niño interior o a una parte (ego o defecto) de nuestra personalidad. La terapia IFS (Sistemas de Familia Interna) insiste en que no tomar en cuenta a las partes protectoras (los grandes guardianes) o a las partes exiliadas hace que no haya avances significativos en varias terapias.

Cuando algo de un recuerdo, visualización o sueño no quiere dar mensajes es porque hay un bloqueo probablemente relacionado con el no reconocer sinceramente o no pedir permiso a una parte, ego o rasgo de nuestra personalidad, consciente o inconsciente. Incluso, esto aplica a otra persona o a la parte de otra persona que estemos incluyendo en el proceso terapéutico, sin importar si el otro es un perpetrador, sicario, secuestrador, violador o lo que sea, es importante mostrarle respeto y mostrar madurez ante esa persona.

No olvidemos que, en algunos antros o bares, hay un guardia o cadenero en la entrada. No podemos ignorar a ese vigilante ni ser maleducado con él, hay que colaborar cuando nos revisa, nos pregunta, nos saluda.

42.- LANZAR PREGUNTAS TERAPÉUTICAS

De vez en cuando, considero útil lanzar preguntas terapéuticas y hasta provocativas hacia el usuario, por ejemplo:

¿Vale la pena volver a la vida de adicto?

¿Quién más tiene que morir de tu familia para que ya pares tu drogadicción?

¿Qué más tiene que pasar para que dejes de drogarte?

¿Sigues creyendo que con tus decisiones de drogarte no afectas a tus familiares?

¿Como cuánto dinero y cosas materiales perdiste en tu drogadicción, tanto en la droga como en lo personal y laboral?

¿Cómo te ves dentro de 5 años, dónde te ves, con quién y qué estás haciendo ahí?

¿Cómo vas a disfrutar lo que te queda de vida?

¿Podrías complicarte menos la vida durante una semana, y cómo lo harías?

43.- CULPA VS. RESPONSABILIDAD

La culpa es destructiva. La responsabilidad es constructiva. Por eso, por negocio emocional, conviene convertir la culpa en responsabilidad.

La culpa debilita, deprime, vive en la cola del pasado. La culpa necesita la disculpa para quitarse el peso que carga.

La responsabilidad fortalece, es proactiva, vive el aquí y ahora y va abriendo camino hacia delante.

En esa moneda ¿cuál cara metálica es a la que le das más valor?

44.- TRANSPARENCIA EN LAS ACCIONES REALIZADAS

Tanto a los usuarios como a las personas que nos han supervisado les mostramos lo que hacemos. Esto no es discurso barato, es una realidad que también la considero como una clave. Entre más sinceridad y honestidad se tenga en el manejo de una Comunidad Terapéutica pues más confianza y "cuentas" claras habrá. Por ejemplo, para el usuario habrá cosas que se le puedan autorizar, y otras no, dependiendo de si están reglamentadas o de si el Comité Técnico lo aprueba, indicándosele claramente por qué sí o por qué no procede tal solicitud. En cuanto a las supervisiones, no hay que esconder nada, que revisen los archivos que quieran, que entren al lugar que digan, sin problema, sin excusas. El que nada debe, nada teme. Acá, por ejemplo, cuando se trata de que un supervisor o supervisora entrevistará a algunos de los usuarios, yo les digo: "Si lo prefieres, elige tú a cuáles usuarios vas a entrevistar, a quienes tú quieras elegir".

45.- ACTUALIZACIONES Y MEJORA CONTINUA

Tanto el coordinador de este programa como los colaboradores estamos a la expectativa y con la mente abierta para incorporar material a esta CT que la fortalezca y se beneficien los participantes, sobre todo los usuarios. Me refiero, por ejemplo, a diverso material terapéutico, nuevas técnicas terapéuticas, conocimiento y aplicación de nuevas leyes gubernamentales, cumplimiento de las observaciones que nos hacen en supervisiones, reparación y adquisición de material inmobiliario y de infraestructura, nuevas películas y libros de autoayuda, búsqueda online de investigaciones y estudios sobre la temática de adicciones; asistencia a capacitaciones, talleres y cursos estatales, nacionales e internacionales; conocimiento de otras CT cercanas o lejanas; así como lectura de libros, investigaciones y artículos especializados sobre la CT.

Otras temáticas importantes para capacitación (que algunos de los colaboradores han hecho) son las siguientes:

*Atención sin discriminación (por ejemplo, en CONAPRED).

*Violencia de género (por ejemplo, en CEPAVI Colima).

*Derechos Humanos de los prisioneros (por ejemplo, en CNDH).

46.- CAUSAS DE TU ADICCIÓN

¿Te drogas por el efecto o por el defecto?

¿Lo haces por el efecto o por falta de afecto?

¿Qué persona aparece detrás de la montaña de tu tristeza?

¿Cuál 'fantasma' familiar te acompaña en tu soledad?

¿Qué evades al drogarte?

¿Qué ganas y qué pierdes al drogarte? Sé concreto.

¿A quién afectas, aparte de a ti mismo?

Una vez que detectas las causas de tu adicción ¿De qué otras maneras puedes conseguir eso sin dañar tu cuerpo? Esa calma, esa sensación, esa resistencia, esa energía, esa concentración, etc.

47.- PROYECCIONES Y ESPEJOS SOCIALES

El mundo es una gran casa de los espejos. Proyectamos nuestros reflejos en cuerpos ajenos, en conductas de los otros, ahí vemos lo que no podemos ver en nosotros.

Es más fácil y liberador criticar a las personas y olvidarse de su función de espejos. Los puntos ciegos propios no solamente están en nuestra nuca o en los poros de la nariz, están también en desconocer u olvidar que lanzamos al mundo lo que somos. Y, como el que desconoce su real tono de voz (hasta que lo escucha grabado en un aparato) necesita hacer consciencia de sus conductas o defectos hasta que se da cuenta a través de otras personas, en terapia o después de haber quebrado unos cuantos platos.

Bastantes adictos no saben o no han tomado consciencia de lo que proyectan en otros. Desconocen que viven en una casa de espejos. Por eso insultan al que les cae mal, sin darse cuenta de que eso lo tienen o tuvieron ellos. Por eso se conflictúan con figuras de autoridad, sin darse cuenta de que eso tiene su origen con problemas con su figura paterna.

El creador de la Terapia Gestalt, Fritz Perls, decía que: "al comenzar la terapia, más del 90% de lo que ocurre es proyección".

48.- MI RELACIÓN CON "LAS SUSTANCIAS"

Provengo de una familia donde tuve a un padre alcohólico durante más de 10 años, el cual después se hizo

miembro de un grupo de “24 Horas” y más tarde ha participado en varios grupos de “Alcohólicos Anónimos”, desde hace treinta y muchos años.

En algún momento de mi vida juvenil experimenté en una ocasión la cannabis y no me gustó. Durante menos de un año fumé tabaco y lo cesé. También, he consumido alcohol en forma social en algunas ocasiones de mi vida.

Colaboré con Centros de Integración Juvenil, en Villa de Álvarez, Colima. La primera vez como parte de mis prácticas profesionales (1998), y la segunda ocasión como voluntario (1999), ya habiendo egresado de psicólogo.

Tuve una hija con adicción a drogas, a la cual facilité algunas terapias individuales y, principalmente, canalicé a tres Centros especializados (en Colima, Tecomán y Manzanillo) y profesionales donde la atendieron. Por cierto, dos de estos Centros manejan el modelo de Comunidad Terapéutica (con certificación nacional) y claro que me fue útil observar desde afuera sus manejos, en el rol de familiar de la usuaria.

Desde el año 2002 que laboro en el CERESO de Manzanillo he atendido a miles (literal, en 23 años de servicio) de presos que, la mayoría de las veces, traen problemas de adicciones a drogas.

A principios del año 2005 recibí capacitación sobre el programa de desintoxicación en adicciones, modelo ‘Tú Puedes Vivir Mejor’ que, como ya mencioné en otro capítulo de este libro, se echó a andar en abril de ese año y yo participé como psicólogo facilitador.

En 2013 inicia el modelo de Comunidad Terapéutica, donde hasta la fecha he participado como facilitador, aunque también tengo el cargo de coordinador del programa, desde junio 2023. Es decir, desde 2023 tengo doble función en esta CT del CERESO de Manzanillo.

49.- LA DROGADICCIÓN NO TIENE RAZONES APARENTES

La mayoría de las veces, el núcleo de la drogadicción no está en las razones de sabores, placeres, decisiones conscientes, justificaciones aparentes o casualidades.

Las reales causas de las adicciones —a drogas u otras cosas— están atrás o a un lado de lo aparente. Las causas no están en las hojas o en las ramas, están en las raíces, que normalmente están enterradas.

Las causas suelen ser emocionales, afectivas, familiares, sistémicas, traumáticas…

Las causas pesadas no están en las conductas o en la simple voluntad, están en lo inconsciente y en algunas experiencias del pasado que marcaron a la persona.

50.- NO TOMARSE NADA PERSONALMENTE

En este tipo de reuniones, así como en los recordatorios de ayuda y en los señalamientos, se promueve en todo momento el no tomarse las cosas a personal. Como dice Miguel Ruiz en 'Los cuatro acuerdos': "No te tomes nada personalmente". Esto tiene que empezar desde los que encabezan la Comunidad Terapéutica, poniendo el ejemplo cuando recibamos una crítica o una sugerencia de los usuarios. Por lo que ese acuerdo del librito que muchos han leído, ahora cobra sentido y es vital aplicarlo en estas circunstancias.

Si alguien se toma las cosas personalmente, entonces necesita ayuda o hasta terapia, para poder avanzar en la neblina que tiene enfrente. Y esto aplica para cualquier miembro de la C.T., sea usuario, trabajador o autoridad.

Desde que inicia la C.T. hasta que termina esta se transita en el arte de resolver problemas de toda índole. Por lo que, de manera recurrente, se les enseña la manera de afrontarlos y de buscar soluciones coloreando con inteligencia emocional, escucha activa, neutralidad…y no tomarse nada

personalmente. Promovemos la creatividad, el respeto al reglamento y a los compañeros, la tolerancia, los valores de esta C.T. y el buscar soluciones lo más sencillas posibles, sin complicarse la vida y ocasionando el menor malestar en las otras personas involucradas.

Se podrá criticar una conducta o actitud de alguien y no su persona. Y quien reciba la crítica tendrá que comprender que se le critica o cuestiona cierta conducta, actitud o reacción, pero no su totalidad de persona.

Hay que minar lo bueno de la mina profunda. Mirar y extraer lo útil del pasado y del presente. Sacar lo bueno de lo malo, pues.

Hay que ver los problemas como retos y desafíos, no como bloqueos o fracasos.

Desde que nos incorporamos de la cama empiezan los "problemas": ¿hay basura para llevar a tirar a la esquina de la cuadra? ¿qué voy a desayunar al rato? ¿estará ocupado el baño, porque voy a orinar? ¿cómo me irá hoy en mi trabajo, tendré desacuerdos con esos nuevos clientes?

En esta C.T., constantemente se hace referencia a ejemplos, casos experimentados, metáforas y alegorías para resolver problemas. Por ejemplo, se les comenta que les podemos proporcionar uniforme, calzado, alimentación, maneras de ejercitarse e instrucciones, sin embargo, no podemos marchar ni correr por ellos, porque es absolutamente necesario y evidente que ellos son los que se moverán en este espacio.

Se les platica que los problemas son como las olas del mar, hay que afrontar estas una y otra vez. Siendo una ilusión infantil el desear que se terminen los problemas para siempre.

Conviene entender que las conductas no son las personas, solamente es una manifestación de la persona. Es como si creyéramos que esa conducta de un ego o defecto defina la esencia de alguien. Así como una golondrina no hace verano, una adicción no es la esencia de una persona con

adicción. Etiquetar a las personas coloca obstáculos para entenderlas o para poder apoyarlas. Por eso, hay que tener mucho cuidado con las etiquetas de comportamientos, transtornos y diagnósticos. Esto me recuerda al daño que se causa cuando se cosifica a otra persona al referirnos a ella por su apodo, defecto, equivocación o adicción.

Eres una persona que piensa, siente y hace conductas, con virtudes y defectos.

Referencias:

Farrelly, F.& Bransdma, J. (1981). Provocative Therapy. USA: Meta Publications

Hollander, J. & Wijnberg, j. (2006). Provocatief coachen. De basis. Ed. Scriptun

Sarink, Federico (2019). La Terapia Provocativa. El terapeuta como el abogado del diablo. España: Formación Alcalá

7.- CONCLUSIONES

En este libro les he contado una historia real de éxito en el tratamiento de las adicciones en el Centro penitenciario de Manzanillo, Colima, México. Me tocó ser el portavoz para hacerlo, poco más de 20 años después de que inició esta historia en la que he participado como parte del equipo fundador en el 2005, en aquel entonces como colaborador psicólogo del programa de desintoxicación 'Tú Puedes Vivir Mejor' y, desde hace 2 años y medio, como coordinador de la Comunidad Terapéutica del programa de desintoxicación en adicciones del CERESO de Manzanillo.

El **modelo pionero es el de 'Tú Puedes Vivir sin Drogas'**, iniciado en el 2000. El primer establecimiento de tratamiento en adicciones certificado en tratamiento en adicciones está en el CERESO de Manzanillo y se mantiene vigente.

El **modelo 'Tú Puedes Vivir Mejor'**, mejorando técnica y económicamente a su antecesor 'Tú Puedes Vivir sin Drogas', colocó al sistema penitenciario del estado de Colima, México, a la vanguardia nacional en el tratamiento de las drogadicciones en el año 2005. Y, como ya se describió, requirió mucha inversión económica y la participación de muchos profesionales de diferentes áreas técnicas, administrativas y de seguridad y custodia.

Además, basados parcialmente en los anteriores modelos, se han hecho esfuerzos aislados en otros estados de la República Mexicana como Querétaro, Jalisco, Guanajuato y Nuevo León, quedando mucho camino por recorrer o por retomar en el tratamiento de adicciones.

Es importante mencionar que toda la infraestructura y buena parte de los profesionales que participaron en el programa modelo 'Tú Puedes Vivir Mejor' en el CERESO de Manzanillo y en el CERESO de Colima adaptaron más

fácilmente el modelo de Comunidad Terapéutica en 2013 porque proporcionó un cuerpo teórico a mucho de lo que ya se venía realizando desde el 2005 en estos Centros penitenciarios.

El **modelo de Comunidad Terapéutica**, consolidado como una metodología que ha dado resultados en la práctica y en las investigaciones, se constituye como una opción importante en el tratamiento de adicciones, siempre y cuando se aplique su metodología de manera formal y profesional, con previa capacitación y apego a las directrices que marca dicho modelo.

Todos los estudios metaanalíticos que habían evaluado la eficacia de las comunidades terapéuticas indicaron que estos programas disminuyeron consistentemente la reincidencia y que los efectos positivos podrían ser aún mayores si se complementaran con tratamiento adicional después de salir de prisión. El único estudio metaanalítico que evaluó la eficacia de las comunidades terapéuticas sobre la recaída de drogas también indicó resultados positivos (Mitchell, Wilson y MacKenzie, 2012).

Un factor importante que aumenta la confiabilidad de los hallazgos establecidos sobre la efectividad de comunidades terapéuticas es que los estudios de evaluación que se realizaron con métodos de mejor calidad tuvieron mayor tamaño del efecto. Estos hallazgos coinciden con los resultados de revisiones anteriores sobre la efectividad de las comunidades terapéuticas (Holloway et al., 2005, 2008; Perry, Newman, et al., 2009; en de Leon, 2010).

En pacientes con trastornos por consumo de sustancias, y particularmente aquellos que presentan comorbilidad psicopatológica, la C.T. es uno de los tratamientos que mejores cifras de remisión presentan (De León, Sacks, Staines y McKendrick, 2000; Malivert et al., 2012; Mulder et al., 2009).", sin embargo, estos autores señalan: "*Pero, ¿a través de qué variables se puede evaluar los resultados de un tratamiento en este recluso asistencial?*" Todavía hoy, existe controversia sobre cómo valorar el éxito terapéutico en una C.T.

Que una Comunidad Terapéutica funcione dentro de un Centro penitenciario es una rareza, porque se necesitan condiciones necesarias y adaptadas para este propósito:

1.- Que no exista autogobierno o corrupción porque impedirán su buen funcionamiento.

2.- Que haya apoyo económico del gobierno estatal y/o de un patronato para adquirir el material requerido y para el mantenimiento de la infraestructura, porque no se les cobra el servicio a los usuarios. Quizá en otros lugares o países que tengan cárceles privadas pudiera contemplarse el cobro para el acceso a una C.T.

3.- Que pueda existir un módulo aislado y blindado ante situaciones de violencia o de tráfico de drogas que pudieran darse en otros espacios de ese Centro penitenciario.

4.- Que tenga áreas de servicio médico y de cocina cumpliendo con los lineamientos requeridos por las supervisiones.

5.- Que se cumplan determinados reglamentos para el ingreso, tratamiento y egreso de los usuarios, así como de los familiares de estos.

6.- Que se cuente con un equipo de personas capacitadas en el diagnóstico y tratamiento de la drogadicción/farmacodependencia para desarrollar la metodología de un tipo de C.T., pudiendo ser de tipo profesional, de ayuda mutua o mixta, teniendo cada tipo sus lineamientos pertinentes. Y el número de personas deberá ser suficiente para cubrir las necesidades de los usuarios atendidos en la C.T.

7.- Las C.T no son franquicias como las que venden hamburguesas en varios países. Tienen una metodología que es adaptada a las condiciones existentes en el entorno sociocultural en que se desarrolla. En el caso de las C.T. del sistema penitenciario, las diferencias son aún más marcadas respecto a las C.T. que no forman parte de dicho sistema carcelario.

8.- Lo anterior se reflejará en los tipos de trabajos a los que tienen acceso los usuarios, como parte de su reinserción social. En algunas C.T. trabajan la panadería, la siembra de hortalizas, la reparación de aparatos electrónicos; mientras que. por ejemplo, en la C.T. del CERESO de Manzanillo, al interior de este Centro penitenciario, han laborado como ayudantes en taller de maquila de material quirúrgico, ayudantes de tienda de abarrotes, ayudantes de cocina, ayudantes en taller de carpintería, elaboración de artesanías, entre otros trabajos.

9.- Algo más que marca diferencias es todo lo que implica la administración del sistema penitenciario al que pertenezca la C.T. en cuestión. En este aspecto, dejo algunas preguntas para que las responda el aire:

¿Existe el apoyo suficiente (económico y administrativo) de parte del Comité Técnico o del director de ese Centro penitenciario?

¿Existe el apoyo necesario para capacitar al personal trabajador que implementará la C.T.? Por ejemplo, que se les den las facilidades para acudir a otras Comunidades Terapéuticas a observar, preguntar y/o recibir capacitación ahí.

¿Existen uno o más líderes capacitados que diseñen y adapten la metodología de Comunidad Terapéutica y los lineamientos mínimos que tiene que cumplir un establecimiento residencial para ese Centro penitenciario?

¿Qué tanto permiten las autoridades al coordinador/director del programa intervenir en decisiones importantes?

10.-Acá en el CERESO de Manzanillo ha habido directivos que han invertido mucho dinero y apoyo en esta C.T., mientras que otros directores han sido austeros o hasta francamente rechazantes y han suspendido temporalmente este programa.

Al trabajar en un Centro penitenciario tenemos que andar con mucho cuidado, no solamente de los prisioneros, sino también de algunas autoridades de turno y de algunos

trabajadores que intentan boicotear. Y mayormente ha triunfado el trabajo en equipo, somos más los que hemos sacado adelante a la Comunidad Terapéutica, por eso sobrevive y sigue marchando con calidad.

11.-No podemos evadir ni olvidar que los Centros penitenciarios —los públicos, pertenecientes al gobierno— siempre estarán influenciados por los vaivenes sindicales y políticos, por funcionarios que vienen y por otros que se van, así como por el estilo de colores partidistas que implementan sus estrategias, con la consecuente rotación de trabajadores en una C.T., aunque de inicio, pretenda generar estabilidad y permanencia entre los que conformen el equipo principal que dirige e implementa la metodología.

Fuentes y referencias consultadas:

De Leon, G. (2010) Is the Therapeutic Community an Evidence Based Treatment? What the Evidence Says. International Journal of Therapeutic Communities 31, 2, summer 104-128

Mitchell, O., Wilson, DB y MacKenzie, DL (2012). La eficacia del tratamiento de drogas basado en el encarcelamiento sobre la conducta delictiva: una revisión sistemática. Reseñas sistemáticas de Campbell, 18. http://dx.doi.org/10.4073/csr.2012.18

8.- ANEXO

EL CERESO DE MANZANILLO COMO ESTABLECIMIENTO RECONOCIDO ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN MODALIDAD RESIDENCIAL

Un Establecimiento **Reconocido** especializado en tratamiento de adicciones en modalidad residencial es aquel que cumple con los ordenamientos legales y sanitarios ante la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones (CESMA) y la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COESPRIS) y garantiza al usuario el respeto a los derechos humanos y su atención integral. Estos establecimientos dan cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, la cual establece los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones.

La **Ratificación** de un Establecimiento especializado en tratamiento de adicciones en modalidad residencial es el proceso mediante el cual se confirma que dicho establecimiento cumple con los estándares de calidad y requisitos legales y sanitarios establecidos para operar y brindar atención a personas con problemas de adicción en un entorno residencial. Este proceso asegura que el establecimiento ofrece servicios seguros, efectivos y respetuosos de los derechos humanos.

*En **2013**, fuimos el primer Centro penitenciario mexicano en ser reconocido por la entonces CONADIC (Comisión Nacional de Adicciones de México) por cumplir los lineamientos y estándares de calidad asistencial de establecimientos residenciales en el tratamiento de adicciones, esto bajo el modelo de Comunidad Terapéutica.*

Más recientemente, en **2025**, después de un proceso que duró casi 2 años, con varias supervisiones estatales de la CESMAC (Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones), de la COESPRIS y de una supervisión nacional (de la CONASAMA: Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones) al Programa de Desintoxicación en Adicciones del CERESO (Centro de Reinserción Social) de Manzanillo, Colima, México, donde laboro como coordinador de dicho programa con el modelo de Comunidad Terapéutica, fue calificado con el 98% de porcentaje, que alcanza una nueva Certificación por los servicios brindados aquí que cumplen los 'Lineamientos para

el Reconocimiento y Ratificación de Establecimientos Residenciales de Tratamiento de Adicciones 2023-2024'. Referencia consultada:

https://www.conasama.salud.gob.mx/Residenciales/Lineamientos_Reconocimiento_2023-2024.PDF

Otra fuente de referencia consultada:

https://tinyurl.com/5xu2kb9h

Lo curioso es que, a la fecha de publicación de este libro, este establecimiento ubicado al interior del Centro penitenciario de Manzanillo (Colima, México), junto con el ubicado dentro del penal de Mazatlán (Sinaloa, México) son los dos únicos vigentes certificados por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Mientras que los otros establecimientos —menos de diez— dentro de Centros penitenciarios que alguna vez recibieron certificación nacional se encuentran mejorando su calidad para volver a cumplir los criterios de dicha certificación.

Por supuesto que este logro no es solamente mío, es una labor de equipo de compañeros sindicalizados y de confianza, funcionarios, colaboradores: Grupo 'Amor y Acción. Renaciendo solo por hoy' (Esteban Alvarado, Celia Anguiano y otros más). Alcohólicos Anónimos Distrito 13 (Gabriel Parra, Ricardo López y otros más). Colaboradora Independiente egresada de INTEGRO-Gestalt (Carolina Ávila). Iglesia Cristiana Casa de Dios Emanuel (Miguel Ángel Montiel y otros más). UNEME-CECOSAMA Manzanillo de la Secretaría de Salud (Carlos Godinez, Luz Flores y Lizette Uribe). Yoga de la Risa - Desencadena tu alegría A.C. (Eduardo Meléndez Campos). Colaboradora Independiente y excolaboradora de la Escuela del Perdón y la Reconciliación (ESPERE) Patricia Cepeda. Pastoral Penitenciaria de la parroquia de Santo Santiago Apóstol (Luis Miguel Cruz). También, comparten este logro compañeros de seguridad y custodia y compañeros de áreas técnicas (Trabajo Social, Área Educativa, Cultural y Deportiva,

Medicina, Enfermería, Psicoterapia, Psicología, Almacén, etcétera).

En este año 2025, solamente 2 establecimientos en el estado de Colima lograron el reconocimiento de certificación federal, aparte del CERESO de Manzanillo, también lo logró '*Un paso hacia la recuperación I.A.P.*', Centro al cual también felicito, sobre todo al Lic. Aldo Horacio Bernal y al psicólogo Lic. Eleazar López que laboran ahí desde hace muchos años.

*Los resultados específicos de la supervisión al CERESO de Manzanillo, aquí:

https://www.gob.mx/conasama/documentos/resultado-de-evaluacion-del-establecimiento-servicio-medico-del-cereso-manzanillo

*El link del directorio de establecimientos residenciales reconocidos a nivel nacional en 2025 por la CONASAMA es: **https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1014515/DIRECTORIO_NACIONAL_RECONOCIDOS_2025_V_2.1_11.08.25.pdf**

*Nota de la **CESMAC** en Facebook: Entrega de 2 reconocimientos federales y entrega de registros a 59 Establecimientos Residenciales Especializados en Adicciones del Estado de Colima en 2025:

https://www.fb.com/share/p/1B1W8XLfWj/

***Reconocimientos Nacionales de Certificaciones otorgados al CERESO de Manzanillo y referencias consultadas:**

***Número de Reconocimiento: RCEN-COL-093-2025**

Vigencia durante años abril 2025 a abril 2028 (comentado líneas arriba).

***Número de Ratificación: RCEN-COL-021-20. Vigencia durante años 2022-2024.**

Directorio de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones Reconocidos 2do Trimestre 2023:

https://datos.gob.mx/busca/dataset/directorio-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos/resource/dbad004c-9266-4678-acff-6fa59a6e3318

***Número de Reconocimiento: RCEN-COL-021-20. Vigencia 2020 a 2022.**

Directorio Estatal de Establecimientos Residenciales para el Tratamiento de las Adicciones CONADIC. Actualización 22-julio-2022:

https://es.scribd.com/document/699366373/DirectorioNacionalEstablecimientosResidencialesCONADIC

***Número de Ratificación: RCEN-COL-0971. Vigencia de 1 año diciembre 2019 a 2020** (Oficio: CESMAC/597/2020).

Directorio nacional de establecimientos residenciales reconocidos por la CONADIC, actualizado el 10/noviembre/2020 (Pág. 124 y 129):

HTTPS://WWW.GOB.MX/CMS/UPLOADS/ATTACHMENT/FILE/592675/DIRECTORIO_AGS-MEX_V_4.2_2020.PDF

***Número de Reconocimiento: RCEN-COL-0971. Vigencia de 2 años. Desde 08/05/2017 al 08/05/2019.**

Directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la Comisión Nacional contra las Adicciones /actualización al 16 de agosto del 2018:

HTTPS://WWW.GOB.MX/CMS/UPLOADS/ATTACHMENT/FILE/377590/DIRECTORIO_ACTUALIZADO_AL_23_DE_AGOSTO_DEL_2018.PDF

***Número de Reconocimiento: RCEN-COL-0516. Vigencia de 3 años. Desde 16-octubre-2013 al 16-octubre-2016.**

https://www.col.gob.mx/transparencia/archivos/portal/20160415093858 22_6to-Informe-Gobierno-.pdf (página 13).

Por otra parte, cabe mencionar que, a mediados de diciembre de 2025, La Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones de Colima (CESMAC) recibió la visita de personal de la **CEAADIC Chihuahua en el módulo de desintoxicación en adicciones del CERESO de Manzanillo. Este tipo de acciones fortalecen el intercambio de buenas prácticas, posicionan al Sistema Estatal Penitenciario de Colima como un modelo innovador y permiten avanzar en la atención integral de las personas privadas de la libertad con problemas de consumo de sustancias.*

Fuente: ***https://www.fb.com/share/p/1KDy5bWzyz/***

LOGROS DEL MODELO 'TÚ PUEDES VIVIR MEJOR' (TPVM)

***2005:**

22-julio: El Gobierno del estado de Colima, a través de la Secretaría General de Gobierno, otorgaron a los funcionarios, personal de confianza y sindicalizado del Sistema Penitenciario Estatal un Reconocimiento **"Por la implementación exitosa**

del programa de desintoxicación ¡TÚ PUEDES VIVIR MEJOR! con el cual el Estado de Colima se encuentra a la vanguardia en Readaptación Social".

GOBIERNO DEL ESTADO DE COLIMA

SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO

OTORGAN EL PRESENTE:

Reconocimiento

A funcionarios, personal de confianza y sindicalizado del Sistema Penitenciario Estatal

Por la implementación exitosa del programa de desintoxicación ¡ TU PUEDES VIVIR MEJOR ! con el cual el Estado de Colima se encuentra a la vanguardia en Readaptación Social.

Colima, Col. a 22 de Julio de 2005

Lic. Jesús Silverio Cavazos Ceballos
Gobernador Constitucional del Estado

C. Arnoldo Ochoa González
Secretario General de Gobierno

03-noviembre: Es interesante decir, que en la clausura del evento de la segunda generación del programa se ha tenido en la cárcel de Manzanillo la distinguida visita de personal (de Psicología, Trabajo Social, Medicina, Seguridad y Custodia y autoridades) de Centros de Readaptación Social de los siguientes estados del país: Querétaro, Michoacán, Nayarit, Sinaloa, entre otros que nos seguirían visitando en las próximas semanas. Esto por el interés que despertaron, tanto el programa como el modelo de trabajo estricto de esta cárcel. De hecho, el modelo TPVM luego se extendió al Centro Penitenciario de Colima y a otros estados (Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Querétaro, Yucatán, Sinaloa, Morelos y Tlaxcala) que decidieron planear y/o implementar un programa

similar para el tratamiento de adicciones, allá por los años 2006-2007, aunque algunos se quedaron en el intento.

*Al programa TPVM lo empieza apoyar la iniciativa privada (una empresa refresquera transnacional, una pizzería, entre otras), otorgando empleo a los voluntarios egresados.

*Se otorgan algunos préstamos de la Secretaría de Desarrollo Social de Colima (SEDESCOL) a egresados del programa.

*El MC. José Abel Saucedo Romero, creador y coordinador general del modelo TPVM, así como el Lic. Psic. Luis Vicente Valera Espíndola, presentan de manera conjunta, o en solitario, la estructura del modelo en los siguientes espacios:

IX Reunión nacional de directores generales de prevención y readaptación social en Chihuahua, Chi., México.

1er semana internacional académica en seguridad pública, en Guadalajara, Jal.

2006:

***Mtro. Luis Rodríguez Manzanera**, precursor de la Criminología en México (actualmente con Doctorado) y experto de Naciones Unidas, declaró en su visita al CERESO de Manzanillo en junio 2006, refiriéndose al programa '*Tú Puedes Vivir Mejor*':

"En ninguna parte del mundo, ni siquiera en Estados Unidos, donde se da por parte del gobierno una buena suma de dinero para los centros de rehabilitación, hay un programa de este tipo que se preocupe por la rehabilitación de sus internos".

***Estado de Colima ejemplo nacional e internacional en materia penitenciaria:**

Periódico 'Diario de Colima' del 10-junio-2006, p. 13. Archivo Histórico de la Universidad de Colima, Acervo Hemerográfico. Disponible en línea en:

https://datacenter.ucol.mx/archivohistoricohemeroteca/content/pdf/100606.pdf

[consultado el 22 de diciembre de 2025]

Archivo Histórico de la Universidad de Colima. Colección incorporada. **Periódico 'El Panorama'** del 10 de junio de 2006. Acervo Hemerográfico.

*__Implementación del modelo TPVM en CERESO de Colima y en el Centro Estatal para Menores Infractores__ (CEM) del estado de Colima.

*Se aplica **Diplomado en mediación entre pares penitenciarios a algunos voluntarios egresados del programa** en el CERESO de Colima.

*José Abel Saucedo Romero, director general de Prevención y Readaptación Social del Estado, refirió que de 1OO reclusos que entraron al programa y en lo que va hasta la quinta generación, de los 97 egresados solo 24 quedan en prisión, estamos hablando de que 73 son los egresados y solo dos han reincidido **y el resto de ellos trabajan en compañías** como PepsiCola, CocaCola, en pizzerías, en negocios particulares, porque a través de préstamos y la capacitación recibida en el CERESO les permitió ponerlos.

*Dentro de la XIX Semana de Psicología. 20 aniversario, algunos de los integrantes del programa 'Tú Puedes Vivir Mejor' fuimos invitados a exponer una conferencia y a facilitar un taller.

*Conferencia: "Impactos de la psicología y psicoterapia aplicadas en un programa integral de rehabilitación penitenciaria"

Fecha: martes 14 de noviembre 2006. Horario: 9:00 a 10:00 hrs.

Ponentes: Ruth Díaz Alcalá. Juan Carlos Martínez Bernal. Luis Vicente Valera Espíndola. Guadalupe Ávalos Fuentes

*Taller "Psicoterapia para farmacodependientes penitenciarios. Fundamentos teóricos y psicoterapéuticos del programa 'Tú Puedes Vivir Mejor'. Fecha: martes 14 de noviembre de 2006. Duración: 4 horas (De 16:00 a 20:00 hrs.).

Talleristas: Ruth Díaz Alcalá. Juan Carlos Martínez Bernal.

*Dos voluntarios egresados del Programa de Desintoxicación realizado en el CERESO de Manzanilo fueron trasladados al CERESO Hermosillo II, en el estado de Sonora, con la finalidad de que tomen un Diplomado en Mediación en el 2006, durante seis meses.

Esta situación fue posible gracias a la intervención y a la buena voluntad de Saúl E. Torres Millán, coordinador general del sistema penitenciario del estado de Sonora, y de Jorge Pesqueira Leal, presidente ejecutivo del Patronato para la Reincorporación Social del estado de Sonora, presidente del Instituto Mexicano de Mediación y coordinador de Posgrados de la Facultad de Derecho de la Universidad de Sonora.

Los usuarios se capacitaron y estudiaron para luego regresar a Colima a compartir sus experiencias y aprendizaje con sus compañeros; asimismo, aplicaron y cotejaron sus conocimientos durante el tiempo que les quedó mientras se encuentren pírgano condena dentro del CERESO.

2010:

Se acepta la publicación de un artículo divulgativo sobre el modelo TPVM, en una revista de criminología:

Saucedo Romero, José Abel; Valera Espíndola, Luis Vicente; Díaz Alcalá, Ruth; Alcaraz Martínez, Julisa; Martínez Bernal, Juan Carlos. Reflexiones de un programa integral de rehabilitación en un centro penitenciario. Año 3, vol. V agosto-diciembre 2010/Year 3, vol. V August-December 2010. Recuperado de:

https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5255895.pdf

***2025:**

Más de 1,000 personas privadas de su libertad han formado parte del programa 'Tú Puedes Vivir Mejor' en el CERESO de Colima, incluyendo también el modelo de Comunidad Terapéutica.

En cuanto a las **evaluaciones realizadas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México (CNDH),** el CERESO de Manzanillo suele salir muy bien evaluado, estando incluso entre los mejores evaluados del país, siendo el tercer lugar su mejor posición, en la evaluación DNSP 2022. Y la más reciente evaluación:

***Posiciona la CNDH al CERESO de Manzanillo como el mejor evaluado en el estado de Colima (2024):**

https://elcomentario.ucol.mx/?p=150968

Estos aspectos son muy importantes tenerlos en cuenta para cualquier Centro penitenciario que quiera implementar un establecimiento residencial en el tratamiento de adicciones.

La recopilación de la información se obtiene del llenado de los instrumentos que integran la Guía Nacional de Supervisión Penitenciaria, la cual, se encuentra elaborada con base en la normatividad de nuestro país, acorde a los estándares internacionales en la materia, y que es mostrada en cinco rubros a partir de los cuales se observaron las condiciones al momento de la supervisión de los centros penitenciarios visitados, consistentes en:

I. Aspectos que garantizan la integridad de las personas privadas de la libertad;

II. Aspectos que garantizan una estancia digna;

III. Condiciones de gobernabilidad;

IV. Reinserción social de las personas privadas de la libertad y;

V. Grupos de personas privadas de la libertad con necesidades específicas.

Para mayor información:

https://www.cndh.org.mx/web/diagnostico-nacional-de-supervision-penitenciaria

9.- GUÍA SOBRE LA CÉDULA DE SUPERVISIÓN

A continuación, anexo una breve guía de la Cédula de Supervisión para establecimientos residenciales con modelo de atención profesional.

*Nota 1: También hay Cédula de atención mixta y Cédula de atención de ayuda mutua, que no consideran todos los mismos puntos aquí expuestos.

*Nota 2: Es importante aclarar que los criterios que se supervisan y califican son independientes del modelo de tratamiento en adicciones que se está aplicando (Comunidad Terapéutica, Basado en 12 pasos, modelo Minnesota, etcétera).

*Nota 3: La Cédula de supervisión modalidad Profesional 2024 (con la que evaluaron el CERESO de Manzanillo en 2024) se puede consultar o descargar aquí:
https://www.conasama.salud.gob.mx/Residenciales/Cedula_2024_Profesional_V_2024.pdf

*Nota 4: En todo momento, los supervisores: verifican, revisan, comprueban, visitan, observan, toman fotografías o las solicitan, preguntan y piden evidencias.

*Nota 5: Las cédulas de supervisión en sus 3 modalidades (profesional, de ayuda mutua y mixta) en su versión 2025 están integradas en la Guía de supervisión **2025**:
https://www.conasama.salud.gob.mx/Residenciales/Guia_para_la_supervision.pdf

*Nota 6: Suelo tener folders ordenados con los documentos y oficios que evidencian lo solicitado en cada criterio de la Cédula de supervisión.

*Nota 7: En este libro, no entraré a detalle de la totalidad de páginas que conforman la Cédula de supervisión V 5.1 de atención profesional 2025 (pp. 81-99), solamente expondré una breve guía, no exhaustiva, de lo que es importante a tomar en cuenta, habiendo ligeros cambios respecto a la guía 2024.

I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre legal del establecimiento y nombre comercial.

Los datos que serán tomados en cuenta sobre el domicilio del establecimiento y los representantes serán los que están registrados en el Aviso de Funcionamiento llenado en la web de la COFEPRIS, palabra por palabra, letra por letra.

II.- CARACTERÍSTICAS.

Al igual que el punto anterior, la información proporcionada aquí debe coincidir con la aportada en el Aviso de Funcionamiento. Si hubiera algún cambio que no se ha actualizado en ese documento, pues informarlo.

1.- INFRAESTRUCTURA. CONDICIÓN FÍSICA DEL ESTABLECIMIENTO. Que el establecimiento cuente con:

Croquis o plano arquitectónico del lugar.

Área de ***recepción e información***, con baño para las visitas y sala de espera.

Consultorio médico para valoraciones, con modelo TRIAGE y equipado con lo necesario en muebles, higiene, instrumentos, lavabo y manejo de residuos peligrosos RPBI.

Áreas separadas para psicoterapia individual y para psicoterapia grupal, *garantizando confidencialidad y no grabando la sesión*.

Espacio para guarda de expedientes de usuarios actuales y anteriores.

Dormitorios (separados por sexo, señalizados, capacidad suficiente para cada usuario en tratamiento, con colchoneta y cobija, cuando existan literas deberán tener escaleras y barandal, y con espacio para guardar objetos personales).

Sanitarios (separados por sexo, señalizados, que exista por lo menos uno por cada 8 usuarios).

Regaderas (mismos criterios que los sanitarios).

Tinaco y/o cisterna (con tapa hermética, limpieza y bitácora de estas acciones).

Área de cocina (área exclusiva para preparar los alimentos, sin leña o, en su defecto, contar con estufa ecológica).

Área de comedor (deberá ser utilizada exclusivamente para servir y consumir los alimentos).

Área de actividades recreativas de los usuarios (área para juegos de mesa y/o juegos deportivos, juegos lúdicos).

Área de resguardo y control de medicamentos (sin acceso de los usuarios y tomando medidas de seguridad, medicamentos con fecha de caducidad vigente y que no se encuentren fuera de sus empaques originales).

Extintores contra incendios para casos de emergencia (con fecha de caducidad vigente y por lo menos uno en existencia por cada 300 metros cuadrados de superficie o fracción, a 1.5 metros de altura desde el nivel del piso).

Señalizaciones de seguridad (para la circulación en pasillos y áreas comunes, así como áreas de seguridad y ruta de evacuación y salida de emergencia para casos de desastres naturales o provocados, con señalamientos claros y visibles).

Botiquín de primeros auxilios (Vigente accesible en el área de internamiento que cuente con: área de internamiento que contenga obligatoriamente dos materiales antisépticos y dos de curación).

Espacio 100% Libre de tabaco y emisiones (Señaléticas y/o letreros con leyendas oficiales, de preferencia actualizados, al interior del establecimiento, la cantidad de señalizaciones deben ser de acuerdo al espacio y en

consideración a la visibilidad de los mismos, así como señaléticas con números telefónicos para denuncias en caso de incumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento actualizado).

*Nota 1: Solamente para hospitales aplica que tengan espacio para área de choque, carro de paro, existencia de stock de medicamento para urgencias y área de urgencias.

*Nota 2: De todos los criterios del punto 1 califican si *cumple, no cumple o no aplica*. También, de cada criterio se califica la *limpieza, ventilación, funcionalidad integral y que estén libres de fauna*.

2.- SERVICIO DE ALIMENTACIÓN.

La alimentación suministrada a las personas usuarias deberá estar balanceada, en buen estado higiénico, no caducada, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos adecuados, de acuerdo con el estado de salud de la persona.

Existencia de menús alimentarios semanales, diseñados y firmados por un nutriólogo profesional con cédula. Concordancia en respetar y servir al usuario la alimentación que marca el menú en cada día programado. La cantidad de alimentos y/o productos será suficiente para el número de personas usuarias.

Existencia de anaqueles, tarimas, entrepaños o cualquier superficie limpia para contener los alimentos y evitar su contaminación alejándolos del piso, alimentos en buen estado, o contrato de prestación de servicios.

Existencia de refrigerador en funcionamiento con regulador de temperatura para garantizar la conservación de los alimentos.

3.- ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.

El establecimiento y el consultorio médico cuentan con ***Aviso de Funcionamiento*** (COFEPRIS) y/o Licencia sanitaria.

Cuenta con ***documento que valide al Responsable Sanitario y al Responsable Legal del establecimiento***.

Clave CLUNI o CLUES (habrá casos excepcionales en que no aplique. Por ejemplo, en un establecimiento que se encuentre dentro de un Centro penitenciario).

Cuenta con ***documento que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento***, por ejemplo, Registro Federal de Contribuyentes o el *Aviso de Funcionamiento* actualizado.

Avalado por la CESMA **(Comisión Estatal de Salud Mental y Adicciones):** existencia del ***manual de organización*** del establecimiento que contenga los siguientes elementos: a) introducción', b) objetivo; c) antecedentes históricos; d) marco jurídico o administrativo; e) misión y visión; f) organigrama; g) descripción de funciones del personal; h) anexos.

También avalado por la CESMA: existencia del ***manual de procedimientos*** que contenga los siguientes elementos: a) Introducción; b) Propósito; c) Marco jurídico-Administrativo; d) Descripción del Modelo de tratamiento; e) Procedimientos: 1. Pre ingreso; 2. Ingreso; 3. Evaluación; 4. Tratamiento (Intervención individual, grupal y/o familiar; manejo médico; estrategias y componentes por sexo y/o grupo); 5. Cierre y/o egreso; 6. Referencia y 7. Seguimiento; f) Materiales, cronograma de actividades y Anexos.

Existencia de un directorio del personal encargado del establecimiento con nombre y cargo actualizados, visible al público en general.

Existencia del cartel, cuadro o póster con los ***derechos de las personas usuarias***, en un lugar visible.

Existencia de un ***Reglamento interno*** que establezca la puntualidad de las personas usuarias a sus sesiones; que se evita completamente el maltrato físico entre y hacia estas;

señala que se evita el empleo de palabras altisonantes entre y hacia estas; establece los horarios de visita de los familiares, etc.

Cuenta, en un lugar visible, con los ***criterios de referencia*** *(antes llamados "de exclusión")* ***sobre padecimientos y condiciones psiquiátricas que no pueden atenderse*** en este establecimiento.

Cuenta, en un lugar visible, con los ***criterios de inclusión sobre padecimientos que se pueden atender*** en este establecimiento.

Existencia de notificaciones impresas vigentes enviadas al ***SISVEA***, selladas/firmadas. Es decir, cuestionarios aplicados a cada usuario y oficio anexo de notificación.

Lineamientos de un programa de seguridad, protección y vigilancia de las personas usuarias, por escrito, validados por Protección Civil.

Control y erradicación contra fauna nociva (existencia de cronograma de fumigación, así como existencia del más reciente certificado de fumigación, por empresa con registro autorizado, con vigencia no mayor a 3 meses).

Nota: De todos los criterios del punto 3 califican si *cumple, no cumple o no aplica.*

4.- RECURSOS HUMANOS.

Sobre el ***personal que labora en el establecimiento***, se toman los datos en cuanto a: nombre completo, puesto, cantidad de horas semanales que trabaja en ese establecimiento, si cuenta o no con algún certificado de competencia laboral (cédula, título, certificación, capacitación).

Los ***consejeros en adicciones*** deben contar con certificado en Competencia Laboral en el Estándar de Competencias EC0548, ***vigente***.

El director/a o equivalente del establecimiento, así como el personal trabajador, tienen constancias de capacitación en adicciones en los últimos tres años.

Existencia de ***personal médico en un horario continuo de 8 horas diarias de lunes a viernes***, (40 horas semanales) para llevar a cabo valoraciones médicas, consultas subsecuentes y atención continua a las personas usuarias.

Personal de psicología suficiente para proporcionar atención a las personas usuarias, debiendo de tener cuando menos una sesión semanal de psicoterapia individual cada usuario.

El ***personal de enfermería y trabajo social*** es suficiente para proporcionar atención a las personas usuarias.

El establecimiento cuenta con un ***código de ética y conducta para profesionales***, en un lugar visible.

Existe ***capacitación del personal en protección civil***, con documentos que lo avalen.

Nota: De todos los criterios del punto 4 califican si *cumple, no cumple o no aplica*.

5.- PROCESO DE LA ATENCIÓN

5.1- PRE INGRESO

Existencia de los siguientes instrumentos aplicados para cada usuario, con nombre, firma y cargo de quien aplicó la entrevista (profesional de la salud), además de la calificación y resultado: ***Entrevista Inicial, instrumento de tamizaje (por ejemplo, el ASSIST: Prueba de detección de alcohol, tabaco y drogas), instrumentos válidos indicadores para trastorno dual*** (Inventario de síntomas de Ansiedad, Inventario de síntomas de Depresión, Instrumento de Psicosis SCL-90R).

Notas de valoración individual en expedientes de todas las áreas y que contengan: nombre de la persona

usuaria, sexo, estado civil, número de expediente, edad, escolaridad, motivo de consulta, resultados de los instrumentos aplicados, observaciones de la valoración, resultado, nombre, cargo y firma de profesional quién elaboró (medicina, psicología y trabajo social).

Existencia (en caso de aplicar) de una Hoja de referencia debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia).

5.2- INGRESO

Registro físico o electrónico de ingresos de usuarios con los siguientes puntos: fecha de ingreso, datos generales de la persona usuaria (nombre, edad, sexo), tipo de ingreso, nombre del familiar, tutor o representante legal que lo acompañó, alguna dirección, teléfono para avisos y fecha de egreso (en caso de que aplique).

Verificar que el número de personas internas en el establecimiento es *consistente con lo reportado en el registro de ingresos actuales*.

Existencia de Nota de ingreso donde conste la realización de exploración física, descripción general del estado de salud, impresión diagnóstica y datos generales del usuario (sería equivalente el certificado médico de salud). ***Inscripción de las personas usuarias a un Servicio de Salud*** (Con la CURP impresa pueden ser conducidos a un Hospital Civil. A falta de CURP se presenta otro documento).

Las notas de ingreso (y de egreso) deberán mantener un apego a la ***NOM-004-SSA3-2012***.

Documento que incluya un ***Estudio Socioeconómico*** del usuario (en caso de que el tratamiento aplicara algún cobro).

Carta de consentimiento informado de ingreso voluntario del usuario.

En caso de ingreso obligatorio: documento escrito donde se señale la indicación del Juez o autoridad legal

competente para que la persona usuaria reciba tratamiento en adicciones, además de la carta del consentimiento informado voluntario.

Entre los elementos que ***tiene que contener la Carta del Consentimiento Informado*** se tienen:

a) Compromiso de continuidad de tratamiento médico.

b) Confidencialidad y protección de datos personales.

c) Restricción de videograbación y fotografías sin consentimiento. *A menos que existan razones de seguridad que justifiquen su uso y se avise al usuario*. Por ejemplo, esto último sucede en establecimientos que se encuentran dentro de Centros penitenciarios.

Formatos de ***transparencia de costos*** y pagos del tratamiento para el usuario.

5.3- DURANTE LA EVALUACIÓN EL ESTABLECIMIENTO

Durante las primeras 48 horas al ingreso de la persona: realización de Historia Clínica, así como exámenes de laboratorio mínimos indispensables (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, electrocardiograma y pruebas de función hepática, hacer pruebas de por lo menos 3 de estas 5 condiciones, 48 horas antes de su ingreso).

En caso de alguna condición médica, se suministra el medicamento necesario por profesionales de la salud, además de que Enfermería tendrá una bitácora de suministros.

5.4- PROCESO TERAPÉUTICO

Existencia, a la vista de los usuarios, de un ***cronograma de actividades*** que contenga la especificación de las actividades diarias con un horario específico y personal responsable de la actividad. Dicho cronograma señala los

horarios: para dormir, despertar, de alimentación, de psicoterapia individual, de consejería individual (si es el caso), actividades recreativas, de aseo personal, visitas familiares, entre otros.

Evidencia en el expediente de cada usuario de un Plan de tratamiento personalizado elaborado por el personal profesional y debe incluir datos generales, resultados de la valoración médica, psicológica y de trabajo social, estado físico, riesgos en salud, objetivos terapéuticos, metas a corto, mediano y largo plazo, resultados esperados, nombre, firma y cédula de los profesionales quienes la elaboran.

Las notas de evolución de todas las áreas *(incluidas las de interconsulta) deberán mantener un apego a la NOM-004-SSA3-2012*.

Notas de evolución psicológica de cada usuario que contengan obligatoriamente los datos generales de la persona, la fecha y hora, objetivo de la sesión, el resumen de la sesión, plan terapéutico para la siguiente sesión, actividades asignadas, observaciones, fecha de la próxima sesión, nombre, firma y cédula profesional de psicología.

Notas de evolución médica de cada usuario que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales de la persona (nombre, edad, sexo), fecha y hora de elaboración, signos vitales (pulso, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura), evolución y actualización del cuadro clínico, resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico, plan de tratamiento e indicaciones médicas, nombre, firma y cédula profesional de medicina.

Notas de evolución sociofamiliar o de trabajo social de cada usuario, que contengan: número de expediente, datos generales de la persona, fecha y hora de elaboración, diagnóstico social, objetivos e intervención social, actividades asignadas, observaciones, nombre, firma y cédula profesional de trabajo social.

Solicitud y notas de interconsulta de casos que requieren servicios médicos especializados.

Implementación de sesiones individuales y grupales de terapia psicológica, mínimo una vez por semana, visibles su programación en el cronograma de actividades.

El establecimiento dispone de un programa de tratamiento para la persona, en cuanto a la aplicación de los siguientes componentes:

Aplicación de un componente para favorecer la ***identificación de metas y desarrollo de un plan de vida*** de la persona.

Aplicación de un componente para favorecer la ***recreación y el manejo del tiempo libre***.

Aplicación de un componente para favorecer la ***realización de ejercicio físico***, por ejemplo, programa general de educación física y planes individuales de educación física para los usuarios.

Aplicación de un componente para favorecer el ***manejo de la espiritualidad.***

Aplicación de un componente para favorecer la ***relación de pareja.***

Aplicación de un componente para favorecer la ***adquisición de habilidades para afrontar situaciones de riesgo de consumo (prevención de recaídas).***

Aplicación de un componente para favorecer la ***reinserción social de la persona.***

Aplicación de un componente para favorecer la ***participación de la familia en el proceso de recuperación de la persona.***

El programa de tratamiento contempla un componente para favorecer la adquisición de *Habilidades para la vida:*

Habilidades sociales: comunicación asertiva y desarrollo de vínculos con personas significativas. ***Habilidades cognitivas:*** toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico. ***Habilidades emocionales:*** control de enojo, control de la ansiedad, manejo de la tristeza, manejo de la frustración, etc.

5.5- PROCESO DE EGRESO DE LA PERSONA USUARIA

Existencia de ***guías de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades*** y que, en su caso, se verifique en los expedientes el uso de estas guías (es decir, el uso de códigos de la CIE-11 o DSM-5-TR para codificar los diagnósticos de los transtornos, adicciones y enfermedades físicas y mentales que padezcan los usuarios). Para esto, existen estas guías de manera impresa o electrónica.

Nota de egreso de cada usuario (con apego a la NOM-004-SSA3-2012) que contenga los siguientes puntos: No de Expediente, datos generales de la persona usuaria, fecha de ingreso y egreso, signos vitales, motivo o tipo de egreso, resumen de la evolución y del estado actual del usuario/a, problemas clínicos pendientes, criterios de egreso, información complementaria, ratificación del diagnóstico final (CIE-11, DSM-5-TR), pronóstico, indicaciones de tratamiento ambulatoria por áreas (médicas, psicológicas u otras), fechas de seguimientos, nombre, firma y cédula del personal médico y de psicología y, del director/a del establecimiento.

Existencia de un ***cuestionario de satisfacción*** con el servicio de tratamiento en el expediente de cada usuario que contenga los siguientes elementos: nombre de la persona consultante, fecha, No. de expediente, nombre y firma de la persona que aplica la prueba y cargo.

5.6- REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Directorio de instituciones y servicios de salud para la referencia de las personas en casos de urgencia (validado por la CESMA).

Existencia de una ***guía operativa de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos***, de acuerdo a la complejidad y cuadro clínico.

Existencia de una ***hoja de referencia debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica*** (copia).

Existencia de un ***registro y control de referencias físico o electrónico*** que contenga obligatoriamente la fecha en que se realizó la referencia, los datos de la persona, motivo del envío, los datos del establecimiento al que se refiere y el nombre, firma y cargo de la persona que realizó la referencia. En caso de ser electrónico omitir la firma.

Existencia del ***reporte de seguimiento y valoración del caso*** (Entrevistas, notas de evolución, reportes, bitácoras de seguimiento en el expediente clínico) en un periodo de un año (se sugiere que se haga al mes, tres, seis y doce meses), una vez finalizado el tratamiento que contenga los siguientes datos: Datos de la persona, fecha, No. de expediente, periodo de seguimiento, objetivo de la sesión, resumen, tareas asignadas, aspectos que se revisarán en próximo seguimiento, observaciones, nombre y firma de la persona encargada de hacer dicho seguimiento (personal terapéutico/trabajo social).

6.- SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Existencia de un ***buzón y/o espacio de mecanismos para quejas, sugerencias y felicitaciones*** para personas usuarias y familiares en un lugar visible.

Hacer constar que el establecimiento cuenta con una instancia específica (***de preferencia, externa***) encargada de registrar y dar seguimiento a las quejas y sugerencias.

Existencia de una ***bitácora de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones***.

Existencia de por lo menos 2 instituciones externas que acrediten en documento la inexistencia de demandas penales o quejas por violación a los derechos humanos, por ejemplo, en Comisión Estatal de Derechos Humanos y en la Procuraduría General del estado, las cuales pueden emitir una constancia del cumplimiento (o no) de esto.

*Nota final: Los puntos que abarcan la mayor parte del porcentaje de calificación de la supervisión son el punto 1 y el punto 5, es decir: la Infraestructura (36 %) y el Proceso de atención (41 %).

10.- ACERCA DEL AUTOR

¿Quién es Juan Carlos Martínez Bernal?

https://tinyurl.com/mvrync4a

Juan Carlos Martínez Bernal (n. 1973) es psicólogo y autor especializado en adicciones, salud mental, psicología penitenciaria y procesos de reinserción social, con más de 20 años de experiencia profesional en contextos institucionales y de seguridad pública y nacional.

Es Licenciado en Psicología por la Universidad de Colima y cuenta con formación especializada en Consejería en Adicciones (con Certificado de Competencia Laboral), Terapia Gestalt con Maestría inconclusa, Diplomado en Constelaciones Familiares, así como cursos y talleres recibidos en EFT Tapping Nivel 1, Psicología Energética, Intervención en Crisis, Programas de Desintoxicación, Sistema Penitenciario, Farmacodependencia, PNL, Violencia de Género y Masculinidades, entre otras temáticas.

Su trayectoria laboral se ha desarrollado principalmente en el Centro de Reinserción Social (CERESO) de Manzanillo, Colima, donde ha fungido como Coordinador de Psicología y actualmente es Coordinador de un Programa de Desintoxicación en Adicciones con certificación federal, participando de forma directa en el diseño, implementación y evaluación de modelos de tratamiento penitenciario desde el año 2005. Asimismo, ha laborado en el Centro de Investigación y Seguridad Nacional (CISEN), en Centros

de Integración Juvenil (CIJ) y en la docencia en el ámbito educativo universitario privado y de nivel medio superior.

Es autor de numerosos artículos divulgativos en psicología y terapia, publicados en medios impresos y digitales, así como creador de más de 130 publicaciones especializadas en plataformas digitales (webs, blogs y otras redes sociales) a lo largo de más de dos décadas.

Ha publicado más de 30 libros de manera independiente, distribuidos en más de 20 plataformas internacionales, con más de 7,000 ejemplares distribuidos, más de 3,000 vendidos, 21 títulos Best Seller, más de 185 reseñas y calificaciones y cientos de lectores seguidores en Amazon.

Su obra más reconocida, "*Teoría Polivagal Práctica y Terapia*", ha sido Best Seller internacional en Estados Unidos, México, Canadá y Brasil, con ventas superiores a 2,300 ejemplares en formato impreso y digital.

Los libros de Juan Carlos Martínez Bernal se caracterizan por un enfoque práctico, humano y basados en experiencias reales, están dirigidos a profesionales de la salud mental, estudiantes, terapeutas y personas interesadas en procesos de cambio, recuperación y transformación personal.

LECTOR: Si te gustó este libro te agradecería muchísimo si me retroalimentas con una calificación de estrellitas en Amazon o me escribas ahí unas breves palabras. Gracias por tu tiempo invertido en este libro.